



UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2015/2016 - 4º ANO**

lotelma Patrícia Ramos Fernandes, Nº 2056

Mindelo, Setembro 2016

Universidade do Mindelo
Escola Superior de Saúde

**O Acompanhamento Do Doente Epilético Nos Centros De Saúde e Banco de
Urgências De Adulto Em São Vicente**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Mindelo como
parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discente: Iotelma Patrícia Ramos Fernandes, nº2056
Orientadora: Mestre Sahida-Alina Ramos Duarte do Rosário

Mindelo, 12 Setembro de 2016

DEDICATÓRIA

À minha irmã Nadília Lopes, por estar sempre do meu lado e acreditar em mim, sendo o meu suporte nessa realização.

É dedicado também a todos as pessoas que vivem com a epilepsia desejando-lhes muita força para conviverem com a sua doença.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, toda a minha família que sempre esteve do meu lado, com a sua força e motivação.

Aos meus amigos especiais Carlos Reis e Rildo Tavares pela ajuda, suporte e confiança por sempre acreditarem em mim,

Aos profissionais de saúde do HBS e os da Delegacia de Saúde de Porto Novo pela força e amizade.

À minha orientadora Mestre Sahida-Alina do Rosário, pela orientação, paciência e dedicação para a pesquisa.

Aos colegas enfermeiros: Flávio Bento, Demmis Neves, Telmo Ramos e Stefan Brito pela sua disponibilidade de prestação de apoio.

Aos meus colegas e amigos que de uma forma ou de outra estiveram do meu lado em todos os momentos.

ÍNDICE GERAL

DEDICATÓRIA	3
AGRADECIMENTOS	4
ÍNDICE GERAL	5
ÍNDICE DE QUADROS	7
ABSTRAT	11
LISTA DE ABREVIATURA	12
Problemática.....	14
Nº de casos de atendimentos no Hospital Dr. Baptista de Sousa.....	19
Caraterização Dos Centros De Saúde De São Vicente	21
Sistema de Saúde e o Percurso Feito Pelo Doente Ao Ser Diagnosticado a Epilepsia, em SV	23
1.1. Epilepsia.....	28
1.2. Classificação Da Epilepsia.....	30
1.2.1. Classificação Das Crises Epiléticas	31
1.3. Limitações Na Qualidade De Vida Do Doente Epilético	32
1.4. A Família e o Doente Epilético.....	33
1.5. Cuidados De Enfermagem Prestados Ao Doente Epilético	34
1.6. Intervenções de Enfermagem Durante e Após a Convulsão Epilética.....	36
1.7. As Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) De Um Doente Epilético.....	37
1.8. Possíveis Diagnósticos de NANDA e Intervenções de NIC	39
1.9. Assistência Humanizada e Ética Prestada no Tratamento do Doente Epilético	42
1.10. Gestão da Doença Crónica no Sistema de Saúde em Cabo Verde	43
1.10.1. Objetivos Gerais e Específico, as Estratégias de Intervenção	45
CAPITULO II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	46
2.1. Tipo de Estudo	47
2.2. O Método e os Instrumentos de Recolha de Informações	48
2.3. O Tratamento de Dados	49
2.4. Apresentação dos Resultados.....	49
2.5. Apresentação dos Dados Obtidos a Partir do Inquérito Por Questionário	49
2.6. Interpretação dos Resultados	64
2.7. Considerações Finais.....	69

2.8. Propostas	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICE.....	77
Apêndice I- Autorização do HBS	78
Apêndice II- Questionário.....	79
Apêndice III- Autorização da Delegacia de Saúde	80
ANEXOS	81
Anexo I- Ficha de Atendimento no BUA	82
Anexo II- Organograma Funcional do CS	83
Anexo III- Cartão de Tratamento Prolongado	84
anexo IV.....	86

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1

Nº de casos de atendimentos no Hospital Dr. Baptista de Sousa.....19

Quadro 2

Classificação das Crises Epiléticas.....31

Quadro 3

Intervenções de Enfermagem durante e apos a convulsão
epilética.....36

Quadro 4

Possíveis Diagnostico NANDA E Intervenções de
NIC.....39

Quadro 5

Objetivos Gerais e Específicos, as Estratégias de Intervenção
.....45

Índice de gráficos

<u>Gráfico 1: Distribuição Percentual dos Participantes Quanto ao Género</u>	<u>49</u>
<u>Gráfico 2: Distribuição Percentual da Faixa Etária dos Inquiridos</u>	<u>50</u>
<u>Gráfico 3: Distribuição Percentual do Estado Civil dos Participantes</u>	<u>50</u>
<u>Gráfico 4: Distribuição Percentual Por Nível de Escolaridade.....</u>	<u>51</u>
<u>Gráfico 5: Distribuição Percentual da Situação Laboral dos Inquiridos.....</u>	<u>51</u>
<u>Gráfico 1: Distribuição Percentual do Primeiro Diagnóstico da Epilepsia.....</u>	<u>52</u>
<u>Gráfico 2: Distribuição Percentual da Frequência das Crises Epiléticas</u>	<u>52</u>
<u>Gráfico 3: Distribuição Percentual Referente a Informações Sobre a Doença</u>	<u>53</u>
<u>Gráfico 4: Distribuição Percentual do Informador da Doença</u>	<u>53</u>
<u>Gráfico 1: Atendimento Logo a Chegada no BUA do HBS</u>	<u>54</u>
<u>Gráfico 2: A Qualidade do Atendimento</u>	<u>54</u>
<u>Gráfico 3: Orientação dos Cuidados a ter com a Medicação</u>	<u>55</u>
<u>Gráfico 4: Melhorias no BUA do HBS</u>	<u>55</u>
<u>Gráfico 5: Equipamento do Ambiente para Receber o Doente Epilético</u>	<u>56</u>
<u>Gráfico 6: Capacitação da Equipa de Enfermagem</u>	<u>56</u>
<u>Gráfico 7: Distância da Residência Para os CS</u>	<u>57</u>
<u>Gráfico 8: Local de Controlo da Epilepsia.....</u>	<u>57</u>
<u>Gráfico 9: Razões Para Irem as Consultas</u>	<u>58</u>
<u>Gráfico 10: Frequência das Consultas Marcadas</u>	<u>58</u>
<u>Gráfico 10.1: Identificação das Razões para não Frequentarem Todas as Consultas</u>	<u>59</u>
<u>Gráfico 11: Regularidade Que Vai às Consultas</u>	<u>59</u>
<u>Gráfico 12: Influência da Doença no Modo de Vida</u>	<u>60</u>
<u>Gráfico 13: Preconceito Em Relação à Doença</u>	<u>60</u>
<u>Gráfico 14: Prestação de Socorro Fora do Ambiente Hospitalar.....</u>	<u>61</u>
<u>Gráfico 15: A Importância das Orientações Dadas Pelas Instituições de Saúde</u>	<u>61</u>
<u>Gráfico 16: Melhoria da Saúde Após as Consultas/com Acompanhamento</u>	<u>62</u>
<u>Gráfico 17: Classificação dos Cuidados de Enfermagem.....</u>	<u>62</u>
<u>Gráfico 18: Satisfação dos Cuidados de Enfermagem nos CS</u>	<u>63</u>
<u>Gráfico 19: Número de CS em SV</u>	<u>63</u>

<u>Gráfico 20: Número de Profissionais de Saúde nos CS.....</u>	<u>644</u>
---	------------

RESUMO

A epilepsia é uma doença crónica considerada um problema de saúde pública que atinge pessoas em todo o mundo, independentemente da raça, sexo, idade, cultura, e religião. O objetivo deste trabalho foi de entender como é feito o acompanhamento do doente epilético no setor de saúde pública em São Vicente. É um estudo de carácter quantitativo direccionado aos doentes epiléticos que frequentam o BUA e nos CS em São Vicente. Nesta ótica participaram 30 doente epilético que estão a controlar a epilepsia no sistema de saúde público. As informações foram colhidas através do inquérito por questionário e os dados tratados no *Microsoft Office Word Excel 2007*. Através do estudo verificou-se que a saúde do epilético evidencia, nesta ótica, uma grande necessidade de atenção e de intervenção a nível do incentivo principalmente nas áreas de: consultas, educação e comunicação, intervenções que devem ser feitas na prevenção e desde o diagnóstico da epilepsia, com o intuito dos doentes abrangerem mais informações possíveis sobre a doença e aceitação do tratamento, para que possam melhorar a sua qualidade de vida. Os resultados obtidos apontam que: não são todos os epiléticos que vão às consultas de controlo, apresentam um alto índice de falta de informações sobre a doença e não estão consciencializados de que as consultas de controlo são importantes para a melhoria da sua qualidade de vida, constatou-se também que o sistema nacional de saúde deve incidir sobre a melhoria das intervenções, e repensar a forma como podem educar os doentes para os cuidados de saúde como, recrutar mais recursos humanos na medida que de acordo com os participantes, profissionais da saúde são insuficientes para darem a resposta a satisfação das necessidades dos doentes crónicos (epiléticos). Revelando assim a necessidade de: Transmitir informações de forma mais claras e com maior regularidade aos doentes e familiares para que possam ser alcançados resultados mais eficientes e eficazes; Apostar na educação para a saúde do doente epilético realizando encontros para a formação de forma articulada e com maior regularidade/frequência; Estabelecer possíveis parcerias, entre os CS e BUA no que tange ao encaminhamento dos doentes epiléticos, para darem a continuidade do seu tratamento; Investigar mais sobre esta temática em Cabo Verde.

Palavras-chave: Doente Epilético; Continuidade dos Cuidados; Cuidados de enfermagem.

ABSTRAT

Epilepsy is a chronic disease considered a public health problem that affects people around the world regardless of race, gender, age, culture, and religion. The aim of this study was to understand how the monitoring of epileptic patients in the public health sector in São Vicente is performed. It is a quantitative study directed to epileptic patients attending the BUA and CS in São Vicente. 30 patients epileptic, who are controlling epilepsy in the public health system participated in this study. The information was collected through a survey and data processed in Microsoft Office Excel 2007. This study highlights that the health of epileptics is in great need of attention and motivation especially in the areas of consultation, education and communication. It also shows the need of interventions in prevention and diagnosis epilepsy, with the aim of giving patients cover most possible information about the disease, acceptance of treatment, so that they can improve their quality of life. The results show that: not all epileptics who go to control consultations, have a high rate of lack of information about the disease and are not made aware that control visits are important to improving their quality of life. They also show that, the national health system should improve their interventions, and rethink how they can educate patients by means of recruiting more human resources, as according to participants, there are insufficient health professionals to meet the needs of chronically ill patients (epileptics).

Through this study we conclude that, there is the need to pass on information more clearly and regularly to patients and families so that more efficient and effective results can be achieved; focus on health education of the epileptic patient by having frequent meetings; Establish possible partnerships between the CS and BUA in relation to the referral of epilepsy patients, to give continuity of their care; more research on this issue inCapeVerde. Keywords: epileptic patient; Care of continuity; Nursing care.

LISTA DE ABREVIATURA

BUA - Banco de Urgências de Adulto

EEG - Eletroencefalograma

HBS - Hospital Baptista de Sousa

OMS- Organização Mundial da Saúde

RM- Ressonância Magnética

SBUA - Serviço do Banco de Urgências de Adulto

SNC - Sistema Nervoso Central

SU- Serviço de Urgência

SV- São Vicente

TAC- Tomografia Axial Computadorizada

DST's- Doenças Sexualmente Transmissíveis

SNS- Sistema Nacional de Saúde

PDS- Política de Desenvolvimento Sanitário

PNS- Política Nacional de Saúde

PESM- Plano Estratégico para a saúde Mental

SV- São Vicente

CV- Cabo Verde

DS- Delegacia de Saúde

INTRODUÇÃO

Com esta monografia pretende-se obter o grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, da Escola Superior de Enfermagem.

Desta forma, debruçou-se sobre a temática: O Acompanhamento do Doente Epilético, no serviço de Saúde, em São Vicente, para que fosse possível entender o acompanhamento do doente epilético nos centros de saúde e no banco de urgência.

O Doente, ao procurar os serviços dos Centros de Saúde (CS) e do Banco de Urgências de Adulto (BUA), vai com o intuito de lhe serem prestados cuidados, por parte dos profissionais, sendo o enfermeiro um dos responsáveis para manter e/ou melhorar a qualidade da sua vida. O acompanhamento regular do doente epilético é de extrema importância para a sua saúde, poderá prevenir riscos, como também melhorar a sua qualidade de vida. Portanto o epilético deve estar sempre acompanhado pelos serviços de saúde.

Tendo em conta esta preocupação, avançou-se com uma pesquisa sobre essa temática, cujo resultado é esta monografia que está organizada essencialmente em dois capítulos antecidos pela Introdução, e pela exposição da problemática. No primeiro é feito o enquadramento teórico e a definição dos conceitos-chave da temática em estudo, e no segundo, incide-se sobre a metodologia abordando o tipo de estudo, o instrumento de recolha de informações, a caracterização da amostra, o tratamento de dados, apresentação e a interpretação dos resultados, bem como os procedimentos éticos. Ainda nesta última também abrange as considerações finais, apresentadas as propostas as referências bibliográficas, os índices de anexos e de apêndices.

Problemática

De acordo com a bibliografia sobre a epilepsia, ela é uma doença antiga que teve, e continua a ter, várias interpretações e definições através de mitos, crenças e estigma, devido ao *deficit* de informações. Nessa época não era só a sociedade e a família que tinham preconceitos com essa doença, mas também a comunidade médica estava desprendida de conhecimentos da ciência, tal como expressa Souza (2010, p.17), (...) pessoas com epilepsia deste período são muito raros por tratar-se de um tema tabu, carregado de estigmas e preconceitos.

De acordo com Souza (2010, p.17) nessa época o estigma era frequente por parte dos membros das famílias ricas, e não só, uma vez que se houvesse uma pessoa portadora da epilepsia era escondida em casa, não participava da vida em sociedade. Nas famílias pobres ficavam sob a responsabilidade do estado e eram internadas em asilos ou manicômios, por causa do estigma e preconceitos, pois eram consideradas pessoas que provocavam a desordem social.

As causas apontadas eram várias: alguns médicos dessa época relacionavam-na como sendo hereditária, relacionada com as DST's; outros explicavam que a mulher tinha mais predisposição por causa da menstruação, pois acreditavam que nesse período estavam mais propensas às crises epiléticas e que eram os principais vetores da transmissão através do leite materno Souza (2010, p.17).

Vários autores debruçaram-se sobre esta patologia, nomeadamente Moreira (2004, p.4) que revela num artigo:

“como a perseguição atingiu e como era encarada a epilepsia na idade média (1484), em que consideravam essa patologia como causa de feitiçaria, pois eram assim considerados todas as doenças de causas desconhecidas. Já no século XVIII surgiram alguns conceitos opostos às sobrenaturais e demoníacos, mas pouco suficientes para suprir o estigma ligado à possessão e à evidência da lua que ainda influenciava corpos humanos com doenças por ela reproduzidas nessa época”.

Com o passar dos anos houve muitas transformações em vários aspetos como:

“As mudanças que ocorreram no século XIX que foram marcadas pelos avanços científico e tecnológico em várias áreas destacando-se também na neurologia. O século XIX foi marcado por muitos avanços nas ciências biológicas, sob a marca do positivismo, estudos eminentes no campo da filosofia e, consequentemente, da neurofisiologia, foram consolidados, repercutindo nos estudos das patologias cerebrais, a epilepsia dentre elas”, Moreira (2004, p.4).

Através dessas transformações científicas e na mudanças na mentalidade refletiram uma grande mudança do tratamento da epilepsia, pois era uma doença que era tratada da forma empírica, graças ao avanço científico, às descobertas sobre a fisiopatologia e causas dessa doença neurológica, pois a medicina da época não conhecia a rede neural, que hoje é a base do tratamento adequado da doença. Souza (2010, p. 18) refere que.

“O tratamento da epilepsia era baseado na indicação de bromuretos e outras maneiras mais duvidosas de tratamento, como dar um tiro perto do ouvido (...), para que o susto tirasse o enfermo da crise; a castração, a cauterização dos nervos, o isolamento, os passeios ao ar livre, os banhos mornos prolongados”.

Atualmente a epilepsia é uma doença que obteve muitos avanços científicos e tecnológicos, principalmente no diagnóstico e tratamento, que pode ser medicamentosa e cirúrgica, foi também descoberta suas causas, que podem ser conhecidas ou desconhecidas, por esta última razão a epilepsia também pode ser idiopática, ou seja sem causa, ainda está em contínuo estudo, como assegura Monahan *et al* (2010, p. 1438) que, quando a causa da epilepsia não é conhecida, diz-se que as crises epiléticas são idiopáticas.

Um dos avanços científico-tecnológico importante verificado relaciona-se com a forma do diagnóstico, o Eletroencefalograma, que foi descoberto no ano de 1933, por Hans Berger e é definido por Kirby *apud* Moreira (2004, p. 9) como sendo:

“ (...) um gráfico que regista a actividade eléctrica do cérebro. A actividade eléctrica reflete o estado funcional em dado momento. (...) é uma ferramenta utilizada no diagnóstico de epilepsia e nos episódios de não epilepsia. (...) que foi um marco no conhecimento da fisiologia do encéfalo humano e do sistema nervoso. Foi e ainda é de muito valor no diagnóstico da epilepsia”.

Para diagnosticar as doenças e as suas causas o homem teve a necessidade de se criar técnicas científicas, e no diagnóstico da epilepsia pode-se referir à Tomografia Computadorizada (TC) e à Ressonância Magnética (RM), que é definida por Marie *apud* Moreira (2004, p. 9) como sendo, uma nova técnica de obtenção de imagens digitalizadas, que permite estudar especialmente as partes moles com mais detalhes do que a TC e não utilizando radiação, evitando portanto, os artefatos por difração de raios-X nas estruturas próximas do osso.

Quanto ao tratamento, ele é farmacológico e com ele a epilepsia teve muitos avanços. O doente é medicado de acordo com o tipo de crise epilético, e feita com os anti convulsionantes, que é a terapêutica mais eficaz no tratamento da doença. Para Gherpelli *et al* (1995, p. 684):

“Compreende que a eficácia terapêutica dependerá da utilização da droga adequada ao tipo de crise, da prescrição da dose para manter um nível adequado ao tipo de crise, da prescrição da dose para manter um nível adequado no seu sítio de acção no SNC, e na ingestão e retenção da mesma pelo paciente”.

Em Cabo Verde, segundo a OMS (2004, p. 33), os fármacos mais utilizados para o tratamento da epilepsia são: fenobarbital, diazepam, clonazepam, o Valproato e a carbamazepina sendo que a última é a mais prescrita e muito eficaz e também por causa do preço que é mais acessível. Ainda afirma que a epilepsia em Cabo Verde está incluída no programa nacional de saúde mental.

A epilepsia é uma doença que sempre foi carregada de estigma, Fernandes (2006, p. 2010) refere que, a epilepsia é considerada uma das doenças crónicas com maior nível de estigma, entendendo o estigma como sendo um conjunto de comportamentos não aceitáveis pela sociedade.

Para além disso, muitas vezes o próprio doente pode não conhecer a sua doença, acabando por se submeter a certas atitudes negativas que podem afetar o seu convívio na sociedade.

Neste sentido conforme Fernandes (2006, p. 210), devido ao preconceito e às atitudes negativas, as pessoas com epilepsia tendem a enfrentar problemas psicossociais, como medo, vergonha, isolamento social dificuldades nos relacionamentos sociais, restrição de atividades, entre outros.

Em relação ao preconceito sofrido pelas pessoas com a doença, ao longo dos tempos, embora tem-se mudado a nível da neurociência, muitos até hoje persistem com alguns preconceitos em torno da pessoa portadora da epilepsia, sendo que a doença atinge pessoas de diferentes faixas etárias, raça e classe social, as ideias controversas acabam por interferir na compreensão da doença levando a pessoa com epilepsia a sofrer rejeições na sociedade e a falta de esclarecimento sobre a epilepsia é ainda hoje um dos fatores determinantes da permanência de preconceito na sociedade contemporânea, (Moreira, 2004, p. 13).

Embora a ciência tenha evoluído rapidamente com base em vários estudos, e tenham sido descobertas algumas causas das convulsões epiléticas e como as tratar, ainda permanecem estigma em relação à doença de epilepsia, conforme Monahan *et al* (2010, p. 1438), (...) os progressos recentes na compreensão e no tratamento da epilepsia têm tido um efeito positivo no modo como a sociedade encara esta doença, se bem que o diagnóstico continue a representar um estigma social para muitos doentes.

Tal como acontece em vários lugares no mundo, Cabo Verde não é exceção e ainda existem preconceitos em relação à compreensão da epilepsia e persistem problemas perceptíveis nomeadamente no diagnóstico, no tratamento continuado, na falta de conhecimento da própria doença por parte do doente, da família e da sociedade em geral.

Para a OMS (2015, p. 2) globalmente, estima-se que 2,4 milhões de pessoas são diagnosticadas com epilepsia a cada ano. Em países de alta renda, os casos novos anuais são entre 30 e 50 por 100 000 pessoas na população em geral. Em países de baixa e média renda, este número pode ser até duas vezes maior.

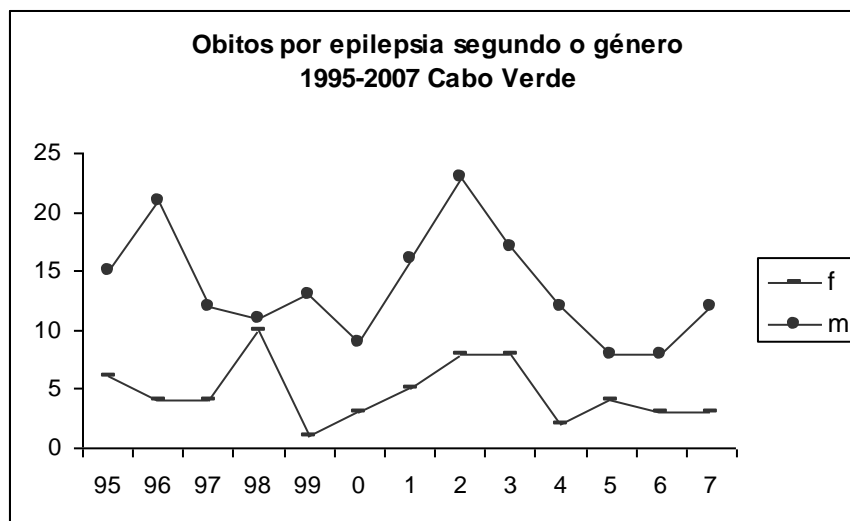
Realça ainda a OMS (2015, p. 1) que, perto de 80% das pessoas com epilepsia vive em países de renda baixa e média. Neste sentido pode-se afirmar que, a epilepsia é responsável por 0,75% da carga global de doenças, uma medida baseada no tempo que combina anos de vida perdidos devido à mortalidade prematura e tempo vivido em menos de plena saúde.

Na perspetiva de Shorvon *apud* Gabriel (2013, p. 142), a incidência da epilepsia ocorre em cerca de 70 casos a cada 100.000 pessoas, por ano.

Tendo em consideração que a epilepsia por ser uma doença neurológica bastante frequente em todo mundo, (...) que atinge cerca de 50 milhões de pessoas no mundo, e é considerada um problema de saúde pública, (...) que pode ocorrer em pessoas de qualquer raça, sexo, faixa etária, condições socioeconómicas e em qualquer região, Costa *et al* (2012, p. 2), e Cabo Verde não foge à regra.

Em Cabo Verde, no que diz respeito aos dados referentes ao número de pessoas que concretamente sofrem desta patologia os únicos registos encontrados foram, do Plano Estratégico para a Saúde Mental (PESM) (2009, p. 19-20) cita um estudo durante o ano de 1995-2007 que evidenciou que, a epilepsia era a primeira causa de óbito no grupo das doenças do sistema nervoso.

Ainda apresentou a seguinte leitura dos dados apresentados num gráfico, a mortalidade proporcional por epilepsia, segundo o género, mostrou que houve 177 óbitos (74%) no sexo masculino e 61 (26%) no sexo feminino. A mortalidade mais elevada no sexo masculino, evidenciada nessa análise, é consistente com os dados da literatura e deve-se ao fato da epilepsia ser mais prevalente no sexo masculino, PESH (2009, p. 19-20).



fonte: PESM (2009, p. 19-20)

De acordo com o gráfico acima indicado, foram registados no total 238 óbitos decorrentes de epilepsia em Cabo Verde, no período de 1995 a 2007. Em média, ocorreram 18 mortes por ano, com maior valor no ano de 2002, com 31 óbitos e, em 2006, com 11 óbitos.

A mortalidade por epilepsia, segundo os grupos etários de 1995 a 2007, mostrou que a média de idade dos indivíduos que morreram por epilepsia ou por causas associadas à epilepsia foi de 36 anos. Quarenta e sete óbitos (17%) em menores de 20 anos; 94 óbitos (38%) em indivíduos com idade entre 20 e 39 anos; 77 óbitos (31%) em indivíduos com idade entre 40 e 59 anos; e 29 óbitos (11%) em indivíduos com 60 anos ou mais, PESM (2009, p. 19-20).

Foi possível encontrar também dados referentes ao número de óbitos por doenças do Sistema Nervoso (SN), em 2010 ocuparam a 12ª posição das causas de mortalidade no arquipélago com uma taxa de 0,8%, Relatório Estatístico de Cabo Verde (2010, p. 27).

Em 2012, os dados apontam para uma taxa 7,7%, ocupando a 13ª posição, Relatório Estatístico de Cabo Verde (2012, p. 28). No que diz respeito ao ano de 2013, a mortalidade por doenças do SN tiveram uma taxa 7,4% com a mesma posição do ano anterior PESM, (2009, p. 31).

No hospital Dr. Batista de Sousa, em Mindelo (ilha de São Vicente), dados referentes ao número de atendimentos no Banco de Urgências de Adulto (BUA) por causa convulsões epilépticas.

Quadro 1

Nº de casos de atendimentos no Hospital Dr. Baptista de Sousa

Atendimento no BUA	2013	2014	2015 1º Trimestre
Hospital Dr. José Baptista de Sousa	220	170	118

Fonte: HBS (2015), Adaptado

No quadro 1, são apresentados o número de doentes que deram entrada no BUA do HBS, por causa das convulsões epiléticas e como pode ser constatado houve uma diminuição no atendimento dos epiléticos no BUA do HBS no ano de 2014, já no 1º trimestre de 2015, verifica-se um ligeiro aumento dos casos atendidos.

Relativamente ao número total de epiléticos registados apenas na ilha de São Vicente, foi possível apurar os dados referentes à patologia na ilha até Julho de 2014, e de acordo com o Ministério da Saúde de Cabo Verde 2014, foram 147 doentes, dos quais 15 eram menores de idade que estavam inscritos para fazer as consultas de controlo nos Centros de Saúde. Os dados referentes aos anos anteriores não foram registados porque a partir do ano de 2014 é que introduziram o programa informático para o registo e controlos desses dados.

Do levantamento feito, importa ainda referir que foi possível apurar que dos números correspondentes aos registos, na realidade nem todos os doentes comparecem às consultas de controlo e que por vezes realizam só a primeira consulta.

Vários fatores podem estar ligados ao abandono do controlo e do tratamento por parte dos doentes com epilepsia, não restringindo apenas ao setor social como também económicas políticas e culturais, como enumeram Scott et al *apud* (Neto e Machetti, 2005, p. 325):

“Falta de conhecimento sobre as causas e o tratamento da epilepsia;
Crenças culturais e estigma, que podem contribuir para níveis insatisfatórios de procura e/ou adesão a serviços de saúde;
Distância e dificuldades de acesso a centros especializados e estruturação inadequada da oferta de serviços básicos e especializados;
Falta de priorização da epilepsia como problema de saúde pública, o que pode se agravar em países em desenvolvimento submetidos a programas de ajuste económico estrutural;
Disponibilidade e suprimento restritos das drogas antiepiléticos, em função dos altos custos.”

Os dados apresentados são questionáveis porque pode-se dizer que podem haver doentes epiléticos que foram encaminhados do BUA que não compareceram aos CS para fazer o controlo de e tratamento da sua doença.

Neste contexto, surgiu a seguinte pergunta de partida: **Como é feito o acompanhamento dos epiléticos nos serviços de saúde (CS e BUA), em São Vicente?**

Neste estudo pretende-se abordar o acompanhamento do doente epilético no sistema de saúde, desde o diagnóstico que é feito nos serviços de saúde (hospitais, CS) ao controlo prolongado da sua doença que é feito nos CS. No sistema de saúde de Cabo Verde não são óbvias as relações de forma efetiva entre as partes como CS, os hospitais, as instituições de saúde privadas etc, para que se possa compreender melhor o seu funcionamento com os doentes crónicos, particularmente os epiléticos, daí resulta a necessidade conhecer como é feito este controlo.

Para responder à referida pergunta definiu-se como **objetivo geral**:

Demonstrar a necessidade da abordagem sistémica do epilético no serviço de saúde público.

E como **objetivos específicos**:

- Conhecer o contributo das intervenções de enfermagem prestadas aos doentes epiléticos para assegurar a continuidade dos cuidados no sistema de saúde como fora dele, de forma autónoma;
- Revelar o contributo do tratamento na promoção da qualidade de vida ao doente epilético;
- Compreender a dinâmica dos cuidados de saúde prestados aos doentes epiléticos no sistema de saúde.

Assim, torna-se relevante referir as hipóteses para que possa combinar o problema e o objetivo do estudo, que para Fortin (1999, p. 102):

“é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É um prognóstico baseado na teoria do estudo a que o investigador pretende alcançar. A hipótese combina o problema e o objectivo numa explicação ou predição clara dos resultados esperados de um estudo”.

Emergiram as seguintes hipóteses:

- A dificuldade em identificar o número de casos de doentes epiléticos em SV e CV está relacionada com o fato dos doentes atendidos e/ou acompanhados no BUA e Centros de Saúde não serem contabilizados/registados no sistema de saúde.

- A dificuldade em identificar o número de casos de doentes epiléticos em SV e CV pode estar relacionada com o fato da doença ser confundida como uma doença mental. A falta de articulação entre os serviços de saúde pode condicionar o registo e o controlo do número de casos reais existentes em São Vicente.
- Os registos dos hospitais permitem identificar casos em que os doentes são reincidentes.
- Os doentes epiléticos não procuram os serviços de saúde para fazer o controlo da sua doença porque não estão devidamente informados sobre a importância do acompanhamento médico no processo de tratamento (ou para a melhoria da qualidade da sua vida).
- Os doentes epiléticos não procuram os serviços de saúde para fazer o controlo da sua doença por causa da distância entre as respetivas residências e as instituições de saúde pública onde podem fazer o acompanhamento e o tratamento.

Caraterização Dos Centros De Saúde De São Vicente

Para a realização de uma investigação é necessário conhecer o campo da pesquisa, a estrutura, a sua funcionalidade e que tipos de utentes que frequentam o serviço sobretudo num trabalho sobre a abordagem sistémica de um profissional de saúde. Esta parte do trabalho remete para o campo empírico da pesquisa que é o lugar onde foram adquiridas as informações mediante a aplicação de questionários nos CS, com a colaboração da Delegacia de Saúde de São Vicente) que cedeu autorização (Apêndice I) para o efeito. Para Fortin (2003, p. 132) o campo empírico é o local onde o estudo será conduzido (...), é necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética.

Neste trabalho o campo empírico foram os Centros de Saúde em São Vicente, na medida em que é nos CS que os doentes crónicos (epiléticos) fazem controlo da sua doença, é mais fácil encontrá-los na hora das consultas. Outro fato é que ao frequentar o estágio profissional no BUA constatou-se que seria melhor fazer a pesquisa nos referidos CS, porque os doentes epiléticos ao saírem do BUA não encontram-se em condições de responder às perguntas, pois ainda encontram-se confusos, (fase pós-ictal). Pode-se definir os CS em Cabo

Verde (CV) como, instituições através da qual se presta uma atenção primária de saúde a indivíduos e famílias, considerando estas como elementos de uma comunidade com os seus problemas, necessidades e comportamentos, Ministério da Saúde em CV (2013, p. 1).

De acordo com do Ministério da Saúde em CV (2013, p. 1), a estrutura física dos CS do país não nos permitem considerar um único tipo de CS, por causa da sua heterogeneidade, se tivermos em conta a população atendida, as condições de acesso das populações ao CS e estes aos níveis de referência.

Por isso, os CS devem organizar-se, sobretudo com base no conteúdo funcional, no número da população a servir e nos cuidados a prestar, de dois tipos: os ambulatoriais e os hospitalares, com internamento.

Recomenda-se conceber os CS em módulos funcionais, para responder de uma forma organizada aos serviços ambulatoriais, de internamento e de apoio. No caso dos Centros de Saúde Urbanos, de localização urbana, perto de instituições hospitalares, regionais ou centrais, a função de internamento não se justifica, ao menos por enquanto, como é o caso da maioria dos CS em SV, Ministério da Saúde de CV, (2013, p. 1).

Os CS existentes em São Vicente são: CS de Chã de Alecrim, CS Fonte Inês, CS Monte Sossego, CS R^a de Craquinha e CS Ribeirinha, inpharma, (2013, p. 2). Os CS não são os únicos locais do setor público, onde os utentes epiléticos dirigem para fazerem as consultas de rotina, são realizadas também no HBS (Ministério da saúde 2014).

De acordo com os Relatório estatístico do MS (2013, p. 69) 31 (trinta e um) enfermeiros, e 19 (dezanove) médicos clínicos gerais, distribuídos entre a delegacia e os seis centros de saúde garantindo uma assistência de 12 horas diárias.

Das funções mais importantes dos CS é de oferecer, consultas programadas de medicina geral, incluindo o seguimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objetivo de reduzir o atendimento urgente aos casos reais, garantem igualmente, visitas itinerantes programadas (médica, do enfermeiro e da equipa de PMI/PF) aos postos sanitários e unidade sanitária de base do Concelho e receção de especialistas, vindos dos hospitais regionais hospitais centrais, são organizadas a base do organograma funcional do CS (Anexo II), conforme os dados do Ministério da Saúde de CV (2013, p. 2).

As delegacias de saúde (DS), segundo a Descrição de Funções DS, (2015, p. 1), são serviços de base territoriais do Ministério de Saúde, integrados na estrutura do SNS (Anexo

III), encarregados a nível dos concelhos, da promoção e da proteção da saúde das populações e da prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

Também exercem a sua ação através de uma rede de estabelecimento de cuidados primários de saúde, integrando nomeadamente: CS, postos Sanitários, e unidades Sanitários de Base. Portanto pode-se afirmar que a DS funciona como uma rede que faz administração/gestão dos CS, organização dos recursos humanos, recursos materiais, medicamentos, sistema de informação, etc, como se vê no organograma funcional da DS (Anexo IV), que garantem uma assistência continuada, diferenciada e prevenção com o intuito de garantir uma qualidade de vida melhor para os doentes crónicos, crianças grávidas e os demais utentes.

Sistema de Saúde e o Percurso Feito Pelo Doente Ao Ser Diagnosticado a Epilepsia, em SV

Num momento inicial da pesquisa, foi possível entender que um doente ao dar entrada no BUA com uma história de possíveis convulsões em casa ou na rua (muitas vezes até com convulsões no momento da entrada no BUA, primeiramente é-lhe prestado os cuidados de urgência pelos enfermeiros de serviço porque nessa altura ele tem os NHF's afetadas, assistido pelo enfermeiro que de acordo com Clayton (2002, p. 246):

Os “enfermeiros têm um papel importante no diagnóstico correto da patologia convulsiva. O diagnóstico preciso da convulsão é crucial para a selecção do medicamento mais apropriado a cada pessoa. Uma vez que são os enfermeiros quem acompanham, mais de perto os doentes, estes devem estar alertados para a importância da observação e registo minucioso dos episódios convulsivos”.

Portanto, a sua intervenção é feita no sentido de observar o tipo de convulsão e administrar a terapêutica anti convulsionante (diazepam), usado quando dão entrada no BUA se estiver a sofrer convulsões, depois estabilizar o doente numa cama deixando-o confortável, conforme Medeiros (2010, p. 104):

“É preciso conhecer as circunstâncias que rodearam o episódio: com que rapidez se iniciou, se observaram movimentos musculares anormais, como espasmos da cabeça, do pescoço ou dos músculos da cara, mordedura da língua ou incontinência urinária, quanto tempo durou e com que rapidez o afectado conseguiu restabelecer-se”.

Observou-se que no BUA sendo o enfermeiro, o primeiro a ter contato e observando o doente no estado de crise, cabe a ele identificar todos esses períodos e sempre colabora com o médico.

De seguida o enfermeiro procede com a triagem ao acompanhante do doente, se estiver acompanhado, ou espera que o doente se estabilize, porque um doente com convulsões não se encontra em condições de responder a perguntas.

Nessa altura, ao preencher a folha de urgência (Anexo V) envia-o ao médico de urgência para que seja atendido e avaliado, seja feito o diagnóstico ou a hipótese de diagnóstico com o auxílio das informações cedidas pelo enfermeiro e pelo acompanhante (se tiver), a prescrição da terapêutica, solicitado um exame ou fazer o internamento do doente para fazer ou confirmar o diagnóstico.

É responsabilidade do enfermeiro administrar a terapêutica e preparar o doente para exames e o internamento. Depois de ser observado, o médico prescreve o plano de alta ou de internamento.

Quando for um doente cujo diagnóstico da epilepsia já tenha sido feito, normalmente ele não é internado exceto nos casos em que se encontra no estado mais grave da doença que é o *status* epilético.

Depois de todos os procedimentos o enfermeiro encarrega-se de lhe explicar: o que é a epilepsia e como cuidar de si (quando lhe for diagnosticada a patologia); como tomar os medicamentos prescritos e a importância de cumprir a prescrição feita; aconselha-o a continuar o tratamento explicando-lhe que deverá marcar uma consulta com um clínico geral nos Centros de Saúde.

Uma vez no CS, se ele se dirigir a um para marcar a consulta, ser-lhe-á solicitado pelo médico, provas complementares para procurar uma causa com possibilidades de tratamento, Medeiros (2010, p. 105).

A partir do momento em que o doente faz a primeira consulta passará a ir ao controlo de três em três meses nos CS conforme informações apuradas no serviço dos CS, passará a carregar consigo um cartão de tratamento prolongado (Anexo VI) que serve em qualquer parte onde estiver para fazer o seu controlo. No entanto, importa ressaltar que isso só acontece, ou seja, o doente só fará esse percurso que se inicia no BUA e vai até um centro de saúde, se o doente decidir fazê-lo.

Depois da alta no BUA nada garante que o doente compareceu/comparcerá para continuar o tratamento no CS, nem é monitorizado o processo para o resgatar e informar

automaticamente os CS que foi feito o diagnóstico ou hipótese de diagnóstico por causa das crises recorrentes.

O que quer dizer que se pode pensar que não existe um controlo efetivo do nº de casos de epilepsia na ilha, porque sendo a epilepsia uma doença crónica em que os doentes necessitam de acompanhamento ao longo da vida, tendo em conta que é considerado um problema de saúde pública, (como foi referido anteriormente), o nº de casos de controlo da doença apurados na delegacia de saúde não corresponde ao nº de casos acompanhados/tratados nos centros de saúde, (segundo informações nos CS), (fontes: médico responsável pelo controlo dos doentes crónicos).

Este problema é ainda maior se pensarmos que a DS de São Vicente não têm acesso ao nº de casos identificados e acompanhados nas clínicas privadas e ainda o facto do número de casos não ser contabilizados nos BUA, nem de haver correspondência entre os casos identificados nos BUA, os das Delegacias e os dos CS.

Esta temática é considerada pertinente, porque durante a frequência do ensino clínico e estágio profissional foi possível observar que os doentes com epilepsia necessitam da atenção especial dos profissionais nomeadamente do enfermeiro, na informação, educação para a saúde tanto para o doente como a família, como conviver com a doença visto que é uma doença crónica ou seja o doente tem que controlar a doença por toda vida.

A enfermagem promove a saúde através de ações de prevenção como educação para a saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes, em todos os domínios da promoção (primária, secundária e terciária).

A intervenção da enfermagem nas doenças crónicas é de extrema importância, pois são incuráveis e afetam o doente na satisfação das suas necessidades humanas fundamentais (NHF's), Como realça Gomes (2010, p. 60) a enfermagem, está em contínuo progresso com a evolução das ciências médicas e está presente em todos os programas de saúde, nomeadamente na promoção, prevenção, reabilitação e no ensino.

Deste modo, o enfermeiro tem a responsabilidade de educar ou reeducar o doente sobre a sua doença, (conforme o caso) de modo a que ele possa auto cuidar-se, prevenir ou minimizar os danos para a sua saúde. Na visão de Hoeman (2001, p. 61), uma educação eficaz ajuda o doente a aprender a viver com uma condição crónica ou incapacitante no seu próprio ambiente da maneira mais independente possível.

A continuidade do tratamento é crucial na medida em que tem implicações diretas na qualidade de vida do doente epiléptico porque é uma doença de tratamento prolongado. O doente crónico necessita de intervenções em todo o âmbito da saúde visto que a doença já está instalada para proporcionar ao doente e à família a qualidade de vida, Galera (2002, p. 143) refere que, é comum afirmar que o objetivo da intervenção da enfermagem é efetuar mudanças que ajudam o cliente e a família darem respostas mais efetivas aos problemas de saúde.

Outro aspeto importante deve-se ao fato de os enfermeiros serem para os doentes epilépticos semelhantes ao agente socializador e sobretudo educador, que ajuda o doente a aceitar a doença e o tratamento, evitar crises epilépticas e estabelecer precauções contra as crises, por isso pode-se assim dizer que deve adotar uma intervenção de forma a gerir os cuidados da doença crónica, a gestão integrada da doença na perspetiva de Escoval *et al* (2010, p. 109):

“ (...) na abordagem das doenças crónicas, prevê que os cuidados de saúde sejam prestados de forma integrada no *continuum* da doença, contemplando a prevenção de co-morbididades e complicações numa população claramente identificada e acompanhada, onde a satisfação das suas necessidades de cuidados é efectivamente antecipada, em prol de objectivos e resultados de curto e médio prazo”.

Este estudo pode contribuir para a enfermagem na medida em que ficam a conhecer a realidade dos doentes crónicos, na sua abordagem depois do diagnóstico no reforço da relação sistemática entre o BUA e os CS, e a delegacia de saúde.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico constitui um capítulo de extrema importância na conceptualização do trabalho, na medida em que é nessa fase que se faz a recolha e a compilação de conceitos, a partir da revisão da literatura para o estudo efetuado.

Assim Fortin (2009, p. 39) diz que, concetualizar, é uma forma cara e coerente de ordenar todas as ideias e de as documentar segundo um assunto preciso, de modo a obter-se (...) uma concepção clara e organizada do objectivo do estudo.

Neste capítulo do trabalho debruçou-se sobre: o esclarecimento dos conceitos nomeadamente, conceito de epilepsia, a etiologia, os fatores de risco e as complicações, a classificação de epilepsia, os cuidados de origem dos cuidados de enfermagem, a abordagem sistémica nos CS, por fim NHF e a classificação e diagnóstico de NANDA.

1.1. Epilepsia

No decorrer dos tempos a epilepsia vem sofrendo transformações em todos os aspetos, incluindo no seu conceito. A primeira conceituação moderna da epilepsia foi feita por Jackson em 1873, definindo-a como, o resultado de uma ocasional, súbita, excessiva, rápida e localizada descarga na substância cinzenta.

Também em 1975, definiram a epilepsia como, uma hiper-reactividade dos neurónios em uma região do Sistema Nervoso Central (SNC), e resultaria em uma descarga violenta e que essa “hiper-reactividade” pode ser devida a um estado de excitabilidade anormal elevada ou a um afrouxamento da inibição, Winckler e Rotta, *apud* Robalo (2014, p. 16).

Numa definição mais recente, Rang e Dale *apud* Costa *et al* (2012, p.2) enfatizam que, a epilepsia é um distúrbio caracterizado por episódios de crises convulsivas relacionadas a descargas de alta frequência não fisiológicas por um grupo de neurónios no cérebro, podendo assumir várias formas dependendo da área do cérebro afectada, que pode ter início como descarga local, propagando para outras áreas do cérebro.

No que diz respeito à Etiologia (as causas), as referências bibliográficas sobre esta patologia referem que elas são diversificadas, sendo que nem sempre é possível ser identificada a sua causa que é chamada de epilepsia idiopática, como refere Louis (1982, p. 244), a causa da epilepsia pode ser desconhecida (epilepsia idiopática), pode ser resultado de

traumatismo craniano, de um tumor cerebral, meningite ou AVC, de igual modo Costa *et al* (2012, p. 2) enumeram no seu artigo (...) traumatismo no nascimento, incompatibilidade sanguínea ou hemorragia, doenças infecciosas como: meningite, abuso de bebidas alcoólicas, de drogas, tumores cerebrais, traumatismo craniano, doenças metabólicas e AVC.

As causas podem variar de região para região como em Cabo Verde, segundo OMS (2004, p. 33), em Cabo Verde grande parte da epilepsia é causada por fatores como deficiente pré-natal, traumatismos na cabeça, cisticirrose e outras infeções.

Quanto aos fatores de risco que podem desencadear o risco de ser portador da epilepsia, eles são múltiplos podendo ser genéticos, de nascença, ou resultantes de traumas e mais outros. Esses são enumerados por Luckmann (1998, p. 727):

“As causas da epilepsia assintomática (devido a fatores orgânico ou a outros fatores) são múltiplas, incluindo hiperpirexia, infeções no sistema nervoso central (SNC), hipoxia cerebral, agentes tóxicos ou venenos, intoxicações ou distúrbios metabólicos, agentes convulsivos, trauma cerebral, defeitos cerebrais, estimulação elétrica, expansão das lesões cerebrais, anafilaxia e distúrbios degenerativos do cérebro.”

Ainda diz que, as convulsões resultantes desses fatores podem ter sintomas transitórios e podem não ser recorrentes após o tratamento do distúrbio primário. Contudo, se a lesão for permanente ou resquícios permanecerem no SNC, as convulsões podem persistir. Ainda, acrescenta que, os fatores genéticos, estão associados com a epilepsia benigna na infância, mas declinam em importância com a idade, Luckmann (1998, p. 727).

Na óptica dos autores Monahan *et al* (2010, p. 1439) apontaram vários fatores de risco para a epilepsia entre eles estão:

“anoxia, paralisia cerebral, problemas perinatais (toxemia, parto complicado, baixo peso á nascença, hipoxia), defeitos congénitos do SNC, atraso mental, estados febris, história familiar de epilepsia, traumatismo craniano, infeções do SNC, tumores do SNC, doença vascular cerebral, alcoolismo ou consumo de drogas, perturbações metabólicas, exposição a toxinas e doenças degenerativas (doença de alzheimer)”.

Em relação às complicações, apercebemo-nos que ao longo da vida o doente epiléptico pode estar sujeito a várias complicações desde as mais simples aos que podem evoluir e/ou provocar a morte, para Luckmann (1998, p. 729), a complicação mais grave é o estado epilético, pois com essa complicação o doente pode sofrer vários danos cerebrais que podem levar à morte, é considerada um estado de emergência.

Ainda define essa condição como, uma condição em que o doente tem crises contínuas ou sucessões de crises rápidas que duram, no mínimo 30 minutos. O doente que experimenta um estado epilético pode permanecer comatoso e ter crises repetitivas por horas,

Gomes e Moreira *apud* (Costa 2012, p. 3) também indica algumas complicações que afeta a qualidade de vida do doente epilético:

“As complicações associadas à epilepsia podem ocorrer durante uma crise convulsiva, incluindo, assim, lesão traumática, como resultado de queda, dos movimentos súbitos ou queda após a crise, quando o doente ainda está confuso; e anoxia pelo fechamento das vias respiratórias pela língua ou por vômito e acidentes”.

1.2. Classificação Da Epilepsia

Segundo Louis (1982, p. 243), a epilepsia pode ser classificada de diversas formas tradicionalmente e as subdivisões mais importantes são: grande mal, pequeno mal, psicomotora e jacksoniano. Diz ainda que, uma comissão internacional reclassificou a epilepsia em duas categorias diferentes, consoante as suas características clínicas e eletroencefalográficas: generalizada e parcial (localizada).

A liga internacional contra a epilepsia *apud* Monahan *et al* (2010, p. 1439) propôs em 1981, uma classificação revista das crises epiléticas dividindo-as em dois tipos principais: as crises parciais (focais) e as generalizadas, estas que podem ainda subdividir-se com base no comportamento clínico da pessoa em que:

O período crítico, refere ao tempo de duração da crise; período intercrítico, refere-se ao período de tempo entre as duas crises; período pós crítico, que se refere ao momento imediatamente a seguir à crise, enquanto o doente recupera.

No quadro que se segue estão contidas as classificações das crises epiléticas, os tipos, os seus efeitos sobre a consciência, os sinais e sintomas e ainda o estado pós-crítico, conforme Luckman (1998, p. 728), que defende a existência de vários tipos e classificações de crise convulsiva, assim, elas podem ser divididas em dois grandes grupos, conforme colocado no quadro 2:

Quadro 2

1.2.1. Classificação Das Crises Epiléticas

Crises Epiléticas Paciais	Efeito sobre a Consciencia	Sinais e Sintomas	Estado pós-crítico
parciais simples (focais)	Não afectada	Mioclonia dos membros, interrupção do discurso Sensações visuais especiais (ex: ver luzes) Sensação de medo ou morte.	Não
Parciais complexas (anteriormente, crises psicomotoras ou do lobo temporal)	Afectada	Pode começar como crise parcial simples e evoluir para complexa comportamento automático (ex: dar estalidos com os lábios, mastigar ou puxar a roupa com os dedos)	Sim
Parciais complexas evoluindo para generalizada tónico-clónicas	Afectado	Tem início como crise parcial complexa, como em cima, mas evolui para tónico-clónica	Sim
Crises Epilética Generalizadas			
Ausencias (anteriormente, pequeno mal)	Afectado	Perda da consciência de muito curta duração, olhar fixo, não-reativo	Não
Tónico-clónicas (anteriormente, grande mal)	Afectado	A fase tónica implica rigidez muscular total, seguido da fase clónica, com espasmos musculares rítmicos, possibilidade de mordedura da língua e incontinência fecal e urinária. Pode haver combinação de movimentos tónico-clónicos	Sim
Atónicas	Afectada, apenas, por breves segundos	Perda breve do tónus muscular, podendo levar o doente a cair, ou deixar cair algo; designada por claudicação	Não
Mioclónicas	Afectadas apenas por alguns segundos, ou não afectada	Espasmo de curta duração de um grupo muscular, com possibilidade de queda do doente	Não

Fonte: Luckman (1998, p. 728)

1.3. Limitações Na Qualidade De Vida Do Doente Epilético

A qualidade de vida depende da condição de saúde dos indivíduos e remete para o seu bem-estar físico, mental e social. Uma patologia crónica pode conduzir a certas limitações no indivíduo mesmo estando em tratamento contínuo. Por mais normal que seja a vida de uma pessoa epilética, sempre terá alguma limitação perante a sua doença, principalmente no domínio psicossocial.

Uma definição apresentada por Bowling (1995) a qualidade de vida está relacionada com a saúde, como o nível ideal das funções mentais, físicas, sociais e dos papéis, incluído os relacionamentos e as percepções de saúde, de adaptação, de satisfação de vida e bem-estar.

A qualidade de vida não possui uma única definição visto que depende da percepção de cada indivíduo, uma das definições bastante abrangente (saúde física, psicológico, social, crenças, nível de dependência etc.), é da OMS (1995, p. 67), a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Nesta mesma ótica a OMS (2005,p. 14), acrescenta que, Trata-se de um conceito muito amplo que agrupa a saúde física da pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente. No mesmo contexto, também explica Luckmann (1998, p. 732) que:

“Para alguns doentes, o impacto psicossocial da epilepsia é avassalador. Como muitas crises ocorrem sem chamar atenção, muitos doentes gastam sua vida prevenindo comportamentos inadequados, embaraços e Auto machucar-se. Em muitos estados doentes com epilepsia podem ser proibidos de dirigir carro até que eles estejam livres das crises por um ano. Alguns epiléticos podem não encontrar trabalho se eles admitirem que têm convulsões. Esses fatores contribuem para aumentar a incidência de depressão entre os doentes com epilepsia”.

O tratamento para a epilepsia consiste em melhorar a qualidade de vida do doente, para que possa controlar ou diminuir a frequência das crises, e com um mínimo de efeitos adversos dos medicamentos, como refere Alonso *et al* (2010, p. 5) que, o tratamento tem um papel fundamental no julgamento sobre a qualidade de vida de pessoas com epilepsia.

A necessidade do diagnóstico precoce da epilepsia o seu acompanhamento e tratamento é muito importante para melhorar a qualidade de vida do doente epilético, embora

mesmo com o tratamento e o controlo regular da doença, os doentes apresentam queixas relevantes que afetam a sua qualidade de vida. Segundo Alonso *et al* (2010, p. 4)

“os indivíduos adultos com epilepsia abordam temas relevantes e suas questões como impacto das crises na esfera da saúde física, emocional, cognitiva, fundamento social, dificuldades no trabalho, estado geral da saúde, preocupação com as crises, efeitos adversos da medicação e qualidade de vida global”.

No que concerne ao meio social interfere com a qualidade de vida do doente visto que ainda encontra-se dificuldade na sua inserção na sociedade como frisa Alonso *et al* (2010, p. 5), o meio social e as atitudes relativas a epilepsia infelizmente continuam a contribuir para um cenário de ignorância, preconceito e exclusão, a epilepsia não é apenas uma condição clínica, um rótulo social.

1.4. A Família e o Doente Epiléptico

A família é um pilar na vida do doente epiléptico está inserido, na medida em deve apoiar no controlo da sua doença crónica, constitui um importante apoio para os seus membros com doenças crónicas que necessitam de cuidados, auxiliando junto do enfermeiro na sua vida individual como social, Hanson, (2005, p. 94), afirma que os enfermeiros também podem fortalecer o sistema de apoio social da família através do uso de si próprio como terapêuticas e através da identificação de outros serviços de apoio.

É de extrema importância da intervenção do enfermeiro junto do doente e a família. O enfermeiro deve ter em conta os ensinamentos ao doente e família como o que é a epilepsia, para que o doente possa aceitar o tratamento e doença bem como as medidas profiláticas para prevenir complicações, a importância do horário e da toma dos medicamentos, como também seus efeitos secundários.

Instituir precauções contra as crises, na forma de proteger lesões ao doente, ainda institui-los referindo os cuidados que devem tomar durante uma crise.

A comunicação é muito importante entre o doente a família e o enfermeiro na medida que devem informar, educar e auxiliar o doente e a família. Para Pozebom (2009, p. 11), o cuidado de enfermagem não se direciona apenas para o utente, mas também para a sua família, ou seja, reforça o apelo de o cuidado de enfermagem ser para todo o sistema familiar, porque quando um membro adoece todos ficam fragilizados.

Pode-se dizer que a comunicação entre as partes é a base do tratamento eficaz e qualidade do doente e da família, o enfermeiro deve sempre interagir com a doente e família, para transmiti-los as informações necessárias contribuindo assim em ajudar o doente a convir melhor com a sua doença.

1.5. Cuidados De Enfermagem Prestados Ao Doente Epilético

A enfermagem é uma profissão que tem evoluído ao longo dos tempos e sofrido várias transformações, passando de uma fase empírica para uma profissão com base técnica e científica.

O homem sempre teve a necessidade de procriar-se, e cuidar um do outro, na fase em que não conseguem satisfazer as suas próprias necessidades humanas fundamentais. Neste sentido, segundo Boff (1999, p. 65), sem o cuidado, o homem deixa de ser humano e, quando não recebe cuidado desde o nascimento até a morte, desestrutura-se, definha-se, perde sentido e morre.

Entretanto Collière (1999, p. 235) considera que, cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, primeiro de tudo um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se.

A Enfermagem ultrapassou a fase empírica, da simples execução das técnicas, para ser uma ciência dotada de conhecimentos técnicos e científicos, com o intuito de garantir a satisfação das necessidades humanas fundamentais na sua assistência humanizada como frisa Gomes (2010, p. 60):

“A enfermagem dos nossos dias não é apenas uma técnica de executar prescrições médicas, ela tem um campo bastante vasto, planeia a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, participa no planeamento da saúde em todas as suas fases. Está em contínuo progresso com a evolução das ciências médicas e está presente em todos os programas de saúde, nomeadamente na promoção, prevenção, reabilitação e no ensino”.

Desta forma, a enfermagem dedica a sua essência no cuidar, tratando cada ser com dignidade e unicidade, em que cada contato é uma ação que partilha com o doente. De acordo com Boff (1999, p. 33), cuidar é mais que um acto, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Ainda representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

A promoção da satisfação das necessidades humanas fundamentais para a recuperação da saúde do doente constitui uma meta crucial do enfermeiro, pois segundo Phaneuf (2001, p. 37), o papel do enfermeiro é de suprimento, consiste em assistir a pessoa que não pode satisfazer ela própria, as suas necessidades e ajudá-la a reencontrar a independência e a autonomia face as suas necessidades.

Daí essa profissão ser de extrema importância no seu diagnóstico, durante uma convulsão epilética na administração de anti-convulsionantes e na sua vivência com a doença, visto que o enfermeiro é o primeiro a estar em contacto com o doente. É nesse sentido que Clayton (2002, p. 246) diz que:

Os “enfermeiros têm um papel importante no diagnóstico correcto da patologia convulsiva. O diagnóstico preciso da convulsão é crucial para a seleção do medicamento mais apropriado a cada pessoa. Uma vez que são os enfermeiros quem acompanham, mais de perto os doentes, estes deve estar alertados para a importância da observação e registo minucioso dos episódios convulsivos”.

A convulsão, segundo Luckmann (1998, p. 726), é uma descarga paroxísmica descontrolada da actividade eléctrica na substância cinzenta do cérebro; causa eventos que interferem na função normal; é mais um sintoma que uma doença, e que as convulsões epiléticas são sempre recorrentes. O portador de epilepsia ao dar entrada no serviço de urgência logo de imediato recebe certas intervenções de enfermagem, sendo que são os enfermeiros que têm o primeiro contacto com o doente.

É uma doença crónica que nem sempre é necessário o internamento, excepto nos casos de estado epilético da mesma forma Luckmann (1998, p. 730) refere que, a epilepsia não é comumente tratada pela hospitalização. Contudo, um doente inicialmente pode ser hospitalizado para avaliação, diagnóstico e educação e, mais tardiamente, se as crises se tornarem incontroláveis ou se o doente desenvolver o estado epilético”.

Na mesma óptica os enfermeiros têm um papel de suporte e educação aos doentes com epilepsia e a seus entes queridos. Oferecer informações sobre, como os anti convulsionantes previnem as convulsões; A importância de ingerir a medicação prescrita regularmente, cuidados durante a crise, Luckmann (1998, p. 730).

Durante uma crise convulsiva o doente está suscetível a perigos, por isso cabe ao enfermeiro, proporcionar um ambiente seguro, como sublinha Luckmann (1998, p. 732):

“O doente que está tendo uma crise convulsiva requer somente ser protegido do ambiente. Por exemplo os objectos devem ser retirados do caminho e o doente colocado na cama para que ele não se machuque no chão. Alguns doentes requererão

controle das vias aéreas, e isso usualmente pode ser feito pela mudança do doente para a posição lateral”.

A observação das características da crise convulsiva pode ser muito útil na formulação do diagnóstico de NANDA, especialmente se elas podem ser descritas com detalhes de tempo, incluindo a sequência na qual o fenómeno ocorreu. A avaliação durante a crise envolve: duração da crise, onde a crise começou, teve desvio dos olhos, a respiração do doente estava difícil ou espumosa, se o doente estava inconsciente. Luckmann (1998, p. 732).

Quadro 3

1.6. Intervenções de Enfermagem Durante e Após a Convulsão Epilética

Controlo de convulsões, Definição: cuidado a paciente durante uma convulsão e estado pós-convulsivo	Precauções contra convulsões Definição: prevenção ou redução de possíveis lesões sofridas por um paciente com doença convulsiva
Orientar movimentos para evitar lesões; Monitorar a direcção da cabeça e dos olhos durante a convulsão; Afrouxar as roupas; Permanecer com o paciente durante a convulsão; Manter via aérea prévia; Estabelecer o acesso IV, conforme apropriado; Aplicar oxigénio, conforme apropriado; Monitorar o estado neurológico; Monitorar os sinais vitais; Reorientar após convulsão; Registrar a duração da convulsão; Registrar as características da convulsão: partes do corpo envolvidas, actividade motora	Providenciar uma cama com altura baixa, conforme o apropriado; Acompanhar o paciente durante actividades fora do sector, conforme o apropriado; Monitorar o tratamento farmacológico; Monitorar a adesão quanto ao uso dos medicamentos antiepilépticos; Solicitar ao paciente/pessoa importante que registre os medicamentos tomados e a ocorrência de crise convulsiva; Orientar o paciente a não dirigir; Orientar o paciente sobre medicamentos e efeitos colaterais; Orientar a família/pessoas importantes sobre os primeiros socorros, durante a crise convulsiva;

e progressão da convulsão; Documentar as informações sobre a convulsão; Administrar medicamentos, conforme o apropriado; Administrar anticonvulsivos, conforme o apropriado; Monitorar níveis de fármaco, antiepilésia, conforme o apropriado; Monitorar a duração do período e características após a convulsão.	Orientar o paciente a portar o cartão de alerta sobre medicamentos; Remover do ambiente objectos potencialmente perigosos; Manter o aspirador junto do leito; Manter bolsa de ambu junto ao leito; Manter o dispositivo de via aérea oral ou nasofaríngea junto ao leito; Usar alcochoamento nas laterais da cama; Orientar o paciente sobre potenciais factores precipitadores; Orientar o paciente para solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão.
--	---

Elaboração própria

1.7. As Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) De Um Doente Epilético

O doente epilético como um qualquer outro ser humano na situação em que não há um equilíbrio entre as 14 NFH's, (Anexo V) necessita dos cuidados de enfermagem. Durante e após a hospitalização, necessita dos cuidados de forma holística, garantindo assim a satisfação de todas as suas necessidades humanas fundamentais. O enfermeiro é o profissional responsável na garantia e satisfação das NHF's do doente, pode-se assim dizer que a partir do momento em que uma NHF de uma pessoa é afetada, todas passam a ser afetadas, ou seja a pessoa não se encontra com saúde. De acordo com Ascensão (2010, p. 36):

“Baseia-se na apreciação (avaliação inicial), planeamento, implementação e avaliação (final) em cada um dos 14 componentes dos cuidados básicos de enfermagem (necessidades básicas). A avaliação do doente é realizada de acordo com o grau de independência como consegue satisfazer as 14 necessidades, ressaltando que doentes inconscientes não podem ser independentes. A enfermeira e o doente trabalham sempre com um objectivo, a independência, a adaptação a uma nova condição de vida ou a morte pacífica”.

As NHF's que poderão ficar mais afetadas na vida do doente, antes (aura) e pós-crise (fase pós-ictal) de um doente epilético foi articulada com os seguintes diagnósticos de NANDA para que se possa melhor entender as ações de enfermagem e apresentadas as respetivas intervenções de enfermagem (NIC) possíveis e expostos no Quadro nº4, que se seguem:

- Mover-se e manter posturas corretas;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros;
- Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde utilizando os meios disponíveis.

Quadro 4

1.8. Possíveis Diagnósticos de NANDA e Intervenções de NIC

Diagnóstico de Enfermagem de NANDA	Características definidoras	Fatores relacionados	Interventores de Enfermagem NIC
Risco de lesão	Factores riscos como físicos (ex: projecto, estrutura e organização da comunidade, do edifício e/ou equipamento)	Actividade convulsiva; Alteração na aparência física; Bem-estar alterado. Incapacidade de encorajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios	Orientar movimentos para evitar lesões, Afrouxar roupas; Permanecer com o paciente durante a convulsão; Estabelecer o acesso IV, conforme apropriado; Monitorar sinais vitais; Reorientar após convulsão; Registrar as características da convulsão: partes do corpo envolvidas, actividades motora e progressão da convulsão.
Medo	Cognitivas - estímulos entendidos como ameaçam. Fisiológicas – contracção muscular.	Possibilidade de convulsões; Conhecimento deficiente da doença; Sistema de apoio inadequado..	Providenciar uma cama com altura baixa, conforme apropriado. Acompanhar o paciente durante atividades fora do sector, conforme apropriado; Monitorar o tratamento farmacológico; Monitorar a adesão quando ao uso dos medicamentos antiepilépticos; Orientar a paciente a não dirigir; Orientar família/pessoas importantes sobre os primeiros socorros durante a crise convulsiva; Remover do ambiente objectos potencialmente perigosos; Manter erguidas as laterais da cama; Orientar o paciente sobre potenciais fatores precipitadores; Orientar o paciente para solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão.
	Distúrbios do sono; Falta de comportamento	Alto grau de ameaça; Distúrbio no padrão de	Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença; Usar uma abordagem tranquila;

Enfrentamento individual ineficaz	<p>direccionado a objectivos/resolução de problemas incluindo incapacidade de lidar com informações e dificuldade para organizar informações; Incapacidade de satisfazer as necessidades básicas; Uso diminuído do suporte social;</p>	<p>alívio de tensão; Incerteza; Nível inadequado de percepção de controlo; Suporte social inadequado criado pelas características dos relacionamentos.</p>	<p>Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico da doença, tratamento e prognóstico; Avaliar a capacidade de decisão do paciente; Encorajar relacionamentos com pessoas que têm interesses e metas comuns; Encorajar actividades sociais e comunitárias; Investigar as razões do paciente para a autocritica; Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente (raiva ou depressão); Promover situações que encorajem a autonomia do paciente; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos; Encorajar paciente a identificar os próprios pontos fortes e capacidades; Encorajar o envolvimento da família, conforme o apropriado; Auxiliar o paciente a esclarecer ideias erróneas.</p>
Conhecimento deficiente	<p>Seguimento inadequado de instruções</p>	<p>Epilepsia e o seu controlo; Falta de familiaridade com os recursos de informações; Falta de interesse em aprender; Interpretação errónea de informações; Limitação cognitiva</p>	<p>Organizar informações em sequência lógica; Adaptar as informações para que atendem ao estilo de vida/rotinas do paciente; Oferecer informações coerentes com os valores/crenças do paciente; Usar a linguagem familiar; Apresentar informações de forma estimulante; Repetir informações importantes; Corrigir interpretações erradas das informações, conforme apropriado; Responder perguntas com clareza e de maneira concisa.</p>
Baixa auto-estima	<p>Avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos; Expressões de desamparo Expressões de sentimento de inutilidade;</p>	<p>Distúrbio na imagem corporal; Mudanças no papel social; Rejeições.</p>	<p>Monitorar as declarações de auto avaliação do paciente; Determinar a confiança do paciente no próprio julgamento; Encorajar o paciente a identificar os pontos fortes; Encorajar o contacto com os olhos na comunicação com os outros; Ajudar o paciente a identificar reacções positivas dos outros; Evitar critica negativas; Evitar provocações.</p>

	Verbalização autonegatividade.		
Dor aguda	Comportamento expressivo (ex: agitação, gemidos, choro, vigilância, irritabilidade)	Estímulos musculares; esqueléticos; Espasmos Agentes lesivos: Físicos e psicológicos	Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitantes; Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgésicos.
Confusão aguda	Agitação aumentada, alucinações, flutuação na cognição, flutuação na atividade psicomotora, flutuação no nível da consciência, inquietação aumentada, percepções errôneas.	Delírio; Flutuação de sono vigília; Cognição prejudicada; Medicamentos.	Auxiliar o paciente a modificar autoafirmações irracionais para autoafirmações racionais; Auxiliar o paciente a rotular uma emoção dolorosa (p.ex., raiva, ansiedade) que esteja sentindo; Auxiliar o paciente a identificar os estressores percebidos (situações, eventos, interações com outras pessoas); Auxiliar o paciente a identificar as próprias; Interpretações defeituosas dos estressores percebidos; Auxiliar o paciente a substituir interpretações com falhas por interpretações de situações, eventos e interações estressantes baseado na realidade.

1.9. Assistência Humanizada e Ética Prestada no Tratamento do Doente Epilético

A humanização em saúde é um tema da atualidade e está a atingir novas dimensões principalmente no direito à privacidade e à dignidade. Ao falar de cuidado que é o instrumento de trabalho do enfermeiro, ou seja, a sua essência, logo está interligado com a questão da humanização, porque esse cuidado é uma relação entre humanos que deverá ser da forma mais digna possível. Neste sentido, Corboni *et al* (2009, p. 350) expressam que:

“A humanidade (também chamada de virtudes) é identificada ou evidenciada principalmente pelo cuidado. Pois cuidar designa amor, amizade, cura. Pode-se dizer, então, que a cura não se dá unicamente pelo técnico-curativo, mas principalmente pelo sentimento universal de amizade e amor, expressos no cuidado. Daí não ter como deixar de cuidar, ou vir a tornar-nos robôs, pois seria ir contra a própria natureza. O que parece ocorrer, entretanto, é o gradativo esquecimento dessa humanidade. Surge, então, o neologismo “humanização” para encarar o processo de desumanização. Portanto, “humanização” ou “cuidado humanizado” mais sugerem um meio de suavizar as consequências do sistema do que o cuidado propriamente dito”.

A humanização é um desafio para a enfermagem, sendo que através da sua essência que é o cuidar pratica o bem e esta capacidade faz com que o ser humano seja diferenciado dos outros animais. Segundo Silva e Graziano (2002, p. 295) há vários motivos específicos para que seja um desafio para o enfermeiro que possa ser extrínseca ao mesmo:

“A atual estrutura de atendimento à saúde não valoriza o homem de uma maneira holística;
Sua abordagem e cuidado exigem a presença física da enfermeira ao lado do paciente, mais tempo do que lhe tem sido possível, independente do fato dela ter algum cuidado físico para ser desempenhado;
A enfermeiro precisa ouvir mais criticamente o paciente e fazer uso de questões abertas, que lhe permitam ajudá-lo a se expressar e entender as "entrelinhas" do seu discurso, quando aparecem, por exemplo, os mecanismos de defesa utilizados por ele;
É necessário que se faça a validação conceituada que o doente lhe diz e do que não diz ou seja, dos sinais não-verbais emitidos (seus gestos, expressões faciais, posturas corporais, por exemplo) ”.

Portanto a prática de humanização nos doentes epiléticos deve ser igual ao de qualquer outro doente, embora cada um tenha as suas particularidades, cada ser seja único e dotado de suas próprias características e necessidades.

1.10. Gestão da Doença Crónica no Sistema de Saúde em Cabo Verde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem melhorado muito ao longo dos anos em Cabo Verde (CV), com o objetivo de alcançar a qualidade de vida de toda a população a nível de estruturas de saúde e de todos os níveis da saúde, primário e secundário e terciário, tendo em conta que o país encontra-se na transição epidemiológica, caracterizado pelas doenças infectocontagiosas para o predomínio das doenças crónicas.

O Instituto Nacional de Estatística (2015,p. 72) refere que, relativamente ao Orçamento Geral do Estado, CV aplicou em média entre 2005 e 2013, cerca de 7,1% no setor da saúde. Ainda afirma que tem-se verificado uma nítida evolução positiva nos diversos indicadores de saúde. Do mesmo modo a Política Nacional de Saúde (PNS) (2011,p. 9) sublinha que:

“O SNS de CV cresceu ao longo dos anos após a independência, para atingir um patamar de qualidade e assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso as medicamentos essenciais e a prestação de cuidados gratuitos a grupos específicos, nomeadamente mães, crianças e os doentes crónicos”.

Apesar de, o país ter tido essas melhorias o SNS ainda apresenta muitos problemas que dificultam a qualidade de saúde de todos, desde o fato de o país ser um arquipélago e a condição socioeconómica das pessoas serem muito baixa. A PNS (2007,p. 17) refere que, o fato de CV ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do SNS e das respostas aos problemas do setor acarretando custos muito elevados (...) interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Ainda Furtado (2008,p. 13) acrescenta que, (...) deve-se apontar a problemática do financiamento elevado do sistema e a dispersão territorial (...) bem como a fragilidades em termos de articulação de informações sanitárias em tempo útil para poder permitir a tomada de decisão.

Por esta razão a PDNS tem implementado os programas de prestação de cuidados e de promoção de saúde, entre os demais programas, com objetivo de alcançar um patamar de saúde elevado até 2020 e que neste contexto inclui as doenças crónicas como é o caso da epilepsia. Um dos objetivos específicos da PDNS (2008,p. 24), é atender especificamente aos grupos mais expostos a fatores de riscos como as crianças, os jovens, as mulheres, os idosos e as pessoas portadores de certas patologias crónicas.

Os cuidados continuados aos doentes com doença crónica é assegurada pelos pelo Hospital, os Centros de Saúde pela Delegacia de Saúde, e por outros serviços com a

responsabilidade do Estado em todos os custos sendo que o utente colabora com uma taxa e o serviço é gratuito para os doentes que não possuam mínimas condições para pagar a taxa. Conforme Furtado (2008,p. 14):

“Em termos de cuidados primários da saúde, a população cabo-verdiana encontra-se, globalmente, bem servida por uma vasta rede de infraestruturas e serviços de saúde desde as Unidades Sanitárias de Base, passando pelos Postos Sanitários, Centros de Saúde e Hospitais, mas ainda, a oferta por parte privados de serviços de saúde e de disponibilização dos medicamentos reforça a rede de prestação de serviços”.

No que concerne a doenças neurológicas nomeadamente a epilepsia em CV está inserido no programa de saúde mental, e para darem respostas as necessidades, foi elaborado um plano estratégico para a saúde mental (PESM) no ano de 2009 com o objetivo de, tornar a saúde mental uma prioridade nacional, onde foi citado a partir de um estudo que, no período de 1995 a 2007 evidenciou que a epilepsia é a primeira causa de óbito no grupo das doenças do sistema nervoso segundo, (PESM, 2009, p. 31).

Referiu também que através dessa análise permitiu a necessidade de haver uma intervenção e a política voltada para a redução das mortes por epilepsia em CV (...) além do tratamento oportuno e o diagnóstico precoce como mecanismos de controlo e de prevenção de maneira que a população tenha uma melhor qualidade de vida. PESM, (2009, p. 31)

As perturbações mentais e neurológicas em especial a epilepsia, (...), representa mais um desafio á capacidade do SNS em fazer beneficiar da prestação de cuidados integrados de Saúde em todos os níveis da pirâmide da sanitária e responder a demanda relativa ao problema, que atinge já uma parte importante de população, PESM (2009, p. 36).

Neste mesmo plano estratégico foi apresentado os objetivos geral e específico, as estratégias de intervenção e alinha de ação durante os anos de 2009 a 2013.

Quadro 5

1.10.1.Objetivos Gerais e Específico, as Estratégias de Intervenção

Objetivo Geral: Assegurar o diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas com perturbações neurológicas.			
Objetivos específicos	Estratégias de intervenção	Linha de ação para 2009-2013	Indicadores
Assegurar respostas institucionais de diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequado e precoce à epilepsia,	Reforço da atenção e cuidado para com as pessoas com epilepsia.	Preparar os profissionais de maternidade para o diagnóstico precoce e tratamento da epilepsia com anti-epiléticos e orientação das famílias. Treinar os professores sobre a identificação precoce e o manejo decorrente. Envolver as famílias no processo terapêutico para estarem capacitadas no manejo dos doentes	Ações de capacitação aos profissionais (médicos e enfermeiros) na maternidade. Ações de sensibilização para o manejo junto de professores. Ações de sensibilização para o manejo junto de famílias.

PESM (2009,p.78) adaptado

Ou seja o Ministério da Saúde de CV tem esforçado muito para atender a demanda da população com o intuito de proporcionar mais saúde e qualidade de vida respondendo as necessidades de cada um dos seus utentes de forma diferenciada na medida que surgem cada vez mais exigências no sector da saúde.

CAPITULO II – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo da metodologia descreve-se: o (tipo de estudo, campo empírico e o objeto de estudo; é indicado o método e o instrumento de recolha de informações, assim como seu tratamento; feita a análise e apresentação dos resultados. Segundo Fortin (2003, p.108), é a fase que, operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população.

Ou seja, ajuda na elaboração do trabalho com mais clareza, e coerência, como frisa Rodrigues (2007, p. 3), é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática.

2.1. Tipo de Estudo

O capítulo dá informações sobre todo o percurso metodológico adotado na pesquisa. Retrata uma pesquisa de abordagem quantitativa, que como refere Fortin (1999, p. 22) consiste (...) num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de fatos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador, que tanto é perceptível na revisão da literatura, na problemática e no enquadramento teórico e ainda na metodologia usada para a recolha e tratamento de informações e na apresentação dos resultados.

A ética está presente em toda a nossa vida, definida por Fortin (1999, p. 115), a ética no seu sentido mais amplo, como sendo a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. Neste sentido, foram adotados procedimentos em todos os momentos da pesquisa, das quais destacamos:

O momento da interação com todos os doentes abordados no estudo ao terem sido devidamente informados sobre os objetivos do trabalho, que participariam de livre e espontânea vontade e desistir a qualquer momento; e ainda ao frequentar os Centros de Saúde para colher as informações necessárias, quando apresentou-se uma declaração (Apêndice III), emitida pela coordenação do curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo prestando informações sobre a pesquisa que se pretendia desenvolver, dirigida à Delegacia de Saúde de

São Vicente; o requerimento enviado à mesma instituição solicitando autorização para realizar a pesquisa.

2.2. O Método e os Instrumentos de Recolha de Informações

O instrumento de colheita de dados é essencial para a investigação científica na medida em que fornece as informações fundamentais para obter respostas às questões colocadas durante a investigação, mediante o plano pré-estabelecido.

Por questionário (Apêndice II) com perguntas fechadas, que de acordo com Fortin (2009, p. 249), é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

Foi escolhido porque permite a recolha de informações mais fácil, tendo em consideração a população-alvo e a conveniência e é um método que na perspetiva de Quivy e Campenhoudt (2008, p. 188) consiste em:

“Colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma serie de perguntas relativamente a sua situação social, profissional ou familiar, as suas opiniões, as suas atitudes em relação a opções ou a questões humanas ou sociais, suas expectativas ao seu nível de conhecimento ou de consciência de um acontecimento, de um problema ou qualquer outro ponto que interesse dos investigadores”.

Preferiu-se este método de recolha de dados para poder adquirir o máximo de informações possíveis, na medida que pode ser respondido de forma fácil e em pouco tempo, nesta ótica foi necessário escolher uma amostra/população-alvo constituída um grupo de pessoas com as mesmas características.

Nesta pesquisa a amostra é constituída por um grupo de 30 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos de idade, todos eles doentes epiléticos no universo de 147 doentes que foram atendidos para as consultas nos Centros de Saúde, na ilha de São Vicente, com o propósito de verificar como é feito o acompanhamento do doente epilético nos CS e BUA.

Trata-se de um estudo exploratório, enquadra-se nesse tipo de estudo porque, segundo Polit e Hungler (1995, p. 301), a pesquisa exploratória possui um planeamento flexível o que permite o estudo do tema sobre diversos ângulos e aspetos, pois em geral envolve o

levantamento bibliográfico, questionários com pessoas que tiveram experiência prática com o problema pesquisado, tendo em conta que se pretende entender de forma mais completa sobre o tema em estudo.

2.3. O Tratamento de Dados

Para o tratamento e a análise dos resultados, foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais e utilizado o *Microsoft Office 2007 Word excel* que permitiu apresentar dados através de gráficos.

2.4. Apresentação dos Resultados

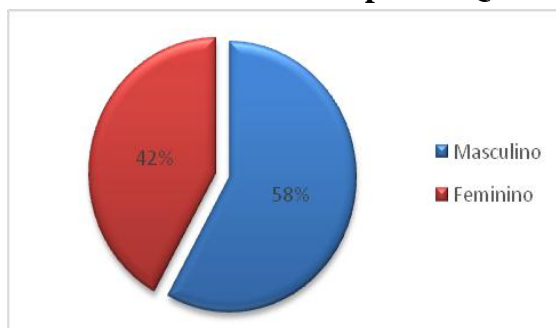
A apresentação está organizada em três partes: **Parte I** - aborda a identificação dos participantes; **Parte II** - diz respeito ao contexto em que descobriram a doença; por último, a **Parte III** em que é perguntado aos doentes como são tratados nos serviços do BUA e nos CS.

2.5. Apresentação dos Dados Obtidos a Partir do Inquérito Por Questionário

Na parte I, são caracterizados os sujeitos inquiridos tendo em conta o género, a faixa etária, o estado civil, o nível de escolaridade e a situação laboral.

No que diz respeito ao género (gráfico 1), verificou-se a predominância do género masculino (58%) sobre o género feminino (42%).

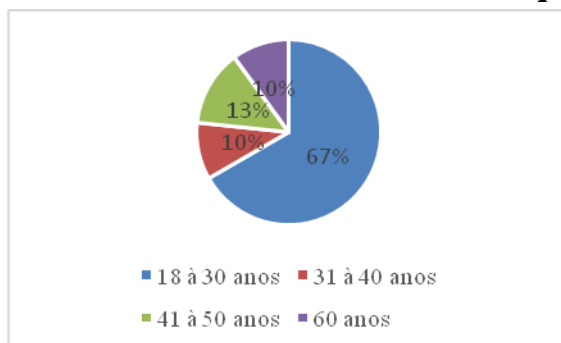
Gráfico 1: Distribuição Percentual dos Participantes Quanto ao Género



No que concerne à idade dos inquiridos (gráfico 2), os resultados apresentam indivíduos dos 18 a indivíduos com idade superior a 50 anos de idade. A maioria (67%) tem a

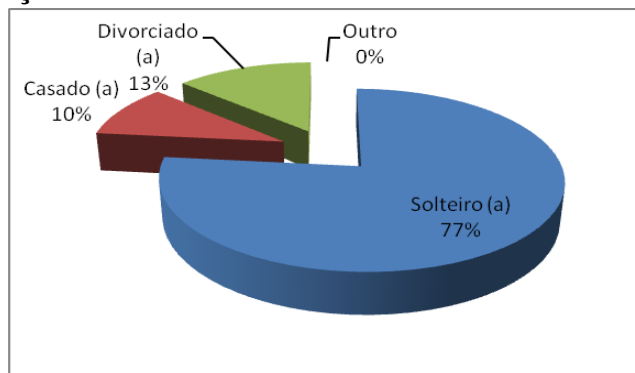
idade compreendida entre os 18 e 30 anos, 10% têm a idade compreendida entre 31 a 40 anos e indivíduos com idade 60 anos, 13% está na idade entre os 41 a 50 anos.

Gráfico 2: Distribuição Percentual da Faixa Etária dos Inquiridos



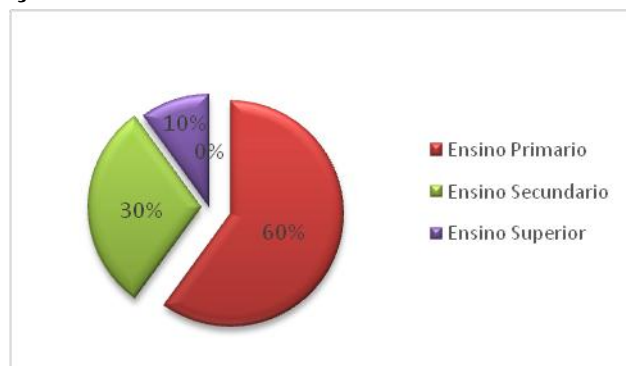
Quanto ao estado civil dos inquiridos (Gráfico 3), a maioria 77% refere ser solteiro (a), 13% são divorciados, e a minoria, correspondendo a 10%, é casada.

Gráfico 3: Distribuição Percentual do Estado Civil dos Participantes



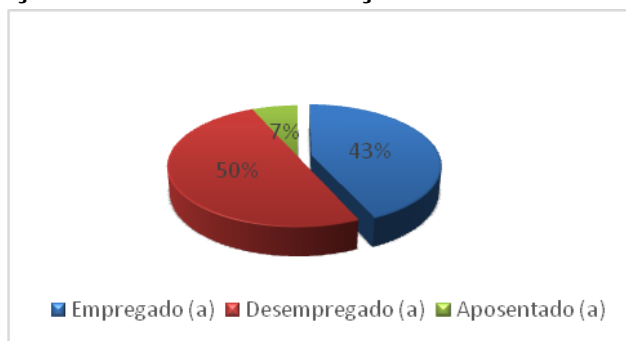
Em relação ao nível de escolaridade dos inquiridos (Gráfico 4), 60% têm o ensino primário; 30% o ensino secundário e a minoria (10%) possuem o ensino superior.

Gráfico 4: Distribuição Percentual Por Nível de Escolaridade



Quanto à situação laboral dos inquiridos (Gráfico 5), 50% são desempregados e 43% são empregados e a minoria de 7% está aposentada.

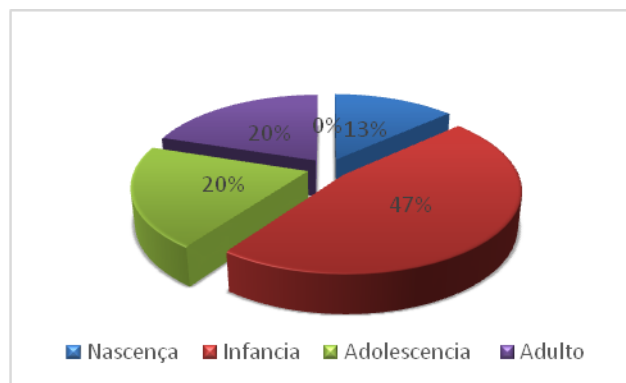
Gráfico 5: Distribuição Percentual da Situação Laboral dos Inquiridos



Na **Parte II**, foram reunidas as informações referentes ao contexto em que os participantes descobriram a doença, a fase da vida em que foi diagnosticada a epilepsia, a frequência das crises, se tem informações sobre a doença e quem lhe deu as informações.

Relativamente à altura em que foi diagnosticada a epilepsia pela primeira vez (Gráfico1) nos inquiridos, a maioria (47%) respondeu ter sido na infância, 20% de igual modo afirmou ter sido na idade adulta e na adolescência, enquanto que a minoria (13%) referiu ter sido à nascença.

Gráfico 1: Distribuição Percentual do Primeiro Diagnóstico da Epilepsia



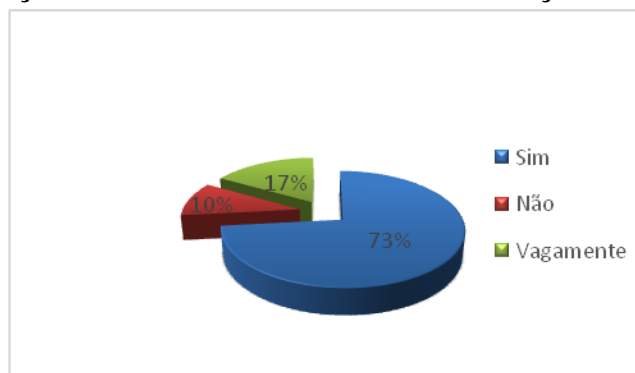
Relativamente à frequência das crises epiléticas nos últimos 30 dias (Gráfico2), 40% respondeu uma vez, 14% afirmaram sofrer crises por duas vezes, 13% referiu ter sido de três a quatro vezes, 10% mais de quatro vezes e 23% respondeu que as crises já não são frequentes, conforme o gráfico que se segue:

Gráfico 2: Distribuição Percentual da Frequência das Crises Epiléticas



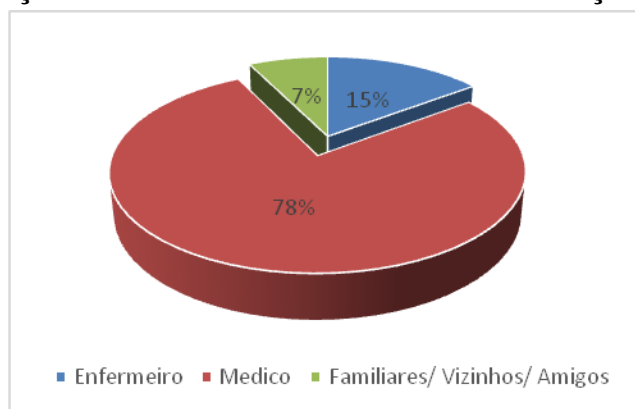
No que concerne ao fato dos inquiridos estarem informados sobre a sua doença (Gráfico 3), a maioria (73%) afirmou que sim, 17% afirmou ter uma vaga noção e a minoria (10%) referiu não estar informada sobre a sua doença.

Gráfico 3: Distribuição Percentual Referente a Informações Sobre a Doença



Quanto ao profissional da saúde que lhes informou sobre a doença (Gráfico 3.a): a maioria (78%) afirmou que foi informada pelo médico; 15% disse ter sido pelos enfermeiros e a minoria (7%) pelos familiares, vizinhos e amigos.

Gráfico 4: Distribuição Percentual do Informador da Doença



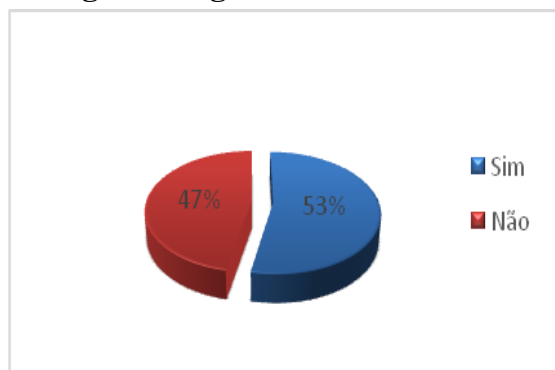
Na **Parte III**, são apresentados os dados subdivididos em dois grupos: A) como é tratado no BUA e B) contém questões relaciona os com os CS.

A) Como o doente epilético é tratado no BUA, o atendimento de imediato, se é tratado com dignidade, se recebe orientações relativamente à medicação, qual a necessidade de melhoria no BUA, equipamento no BUA, capacitação da equipa de enfermagem.

No que diz respeito ao fato dos inquiridos serem atendidos logo após a chegada ao BUA do HBS, durante ou após uma convulsão epilética (Gráfico 1), alguns participantes deram informações de acordo com o relato das pessoas que os acompanharam, porque vezes

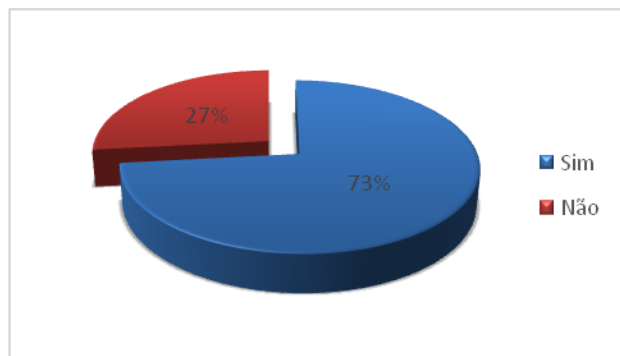
chegam com convulsões ou ainda estão confusos, ou seja no momento eles não têm a real noção das coisas que acontecem, (53%) respondeu que sim e 47% que não têm esta noção.

Gráfico 1: Atendimento Logo a Chegada no BUA do HBS



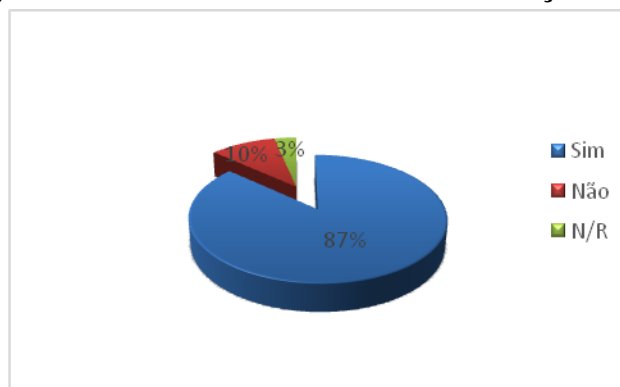
No que diz respeito ao atendimento (Gráfico 2), (73%) dos inquiridos sente-se tratada com dignidade e os restantes (27%) afirmaram não sentirem o mesmo.

Gráfico 2: A Qualidade do Atendimento



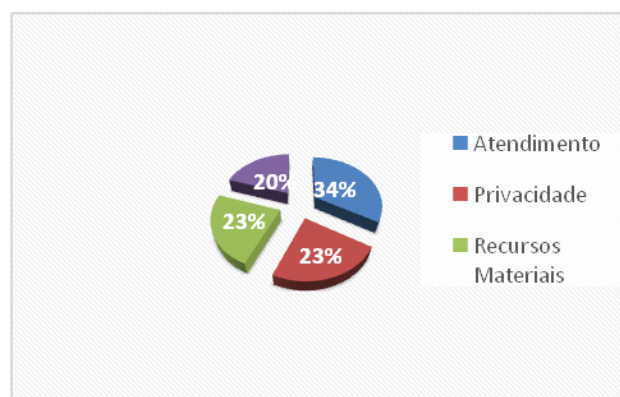
Relativamente à orientação dos cuidados a ter com a medicação após uma convulsão epilética (Gráfico 3), 87% dos inquiridos respondeu afirmativamente que foi informado, 10% respondeu não foi informado, 3% não respondeu.

Gráfico 3: Orientação dos Cuidados a ter com a Medicação



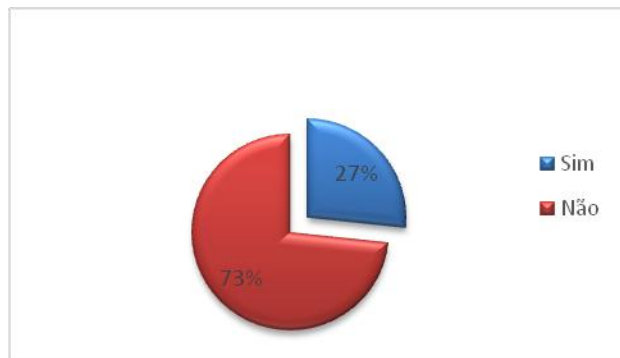
No que concerne à necessidade de melhorias no BUA do HBS (Gráfico4), a maioria (34%) dos inquiridos afirmou ser o atendimento, 23% a privacidade, 20% respondeu que está relacionada com a equipa de enfermagem e 23% afirmou estar relacionado com os recursos materiais.

Gráfico 4: Melhorias no BUA do HBS



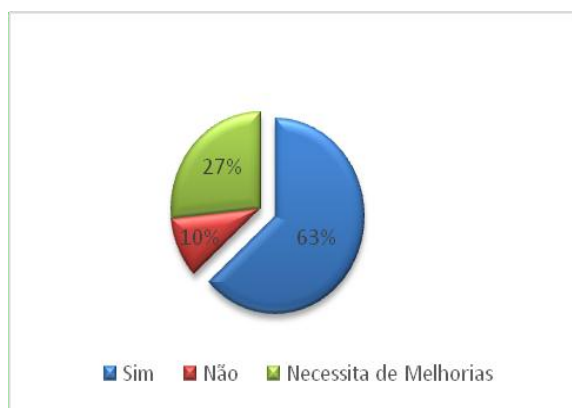
Em relação às condições, um ambiente/espço devidamente equipado para receber os epiléticos (Gráfico5), a maioria (73%) dos inquiridos afirmou que está sim, e (27%) responderam que não.

Gráfico 5: Equipamento do Ambiente para Receber o Doente Epilético



No que diz respeito à capacitação da equipa de enfermagem para cuidar de uma pessoa com epilepsia (Gráfico 6), 63% dos inquiridos responderam que sim, 27 % disseram que necessitam de melhorias e 10% responderam que não.

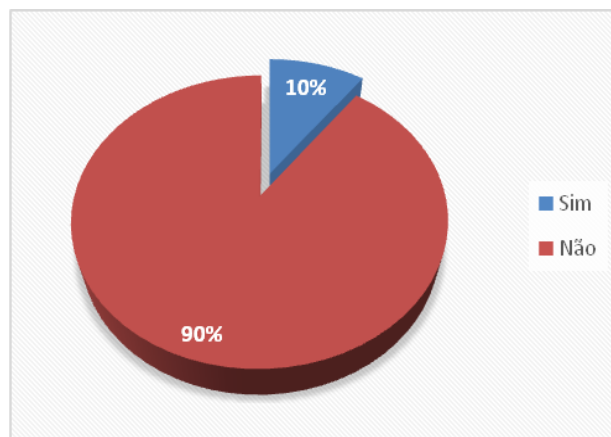
Gráfico 6: Capacitação da Equipa de Enfermagem



B) Centros de Saúde apresenta-se as questões com a distância da casa para os CS, local onde controlam a doença, questões relativamente às consultas, qualidade de vida, preconceito relacionado com a doença, socorro fora do ambiente hospitalar, importância das orientações de saúde nas instituições, como classificam os cuidados de enfermagem, número de CS e de profissionais de saúde e, para terminar, o conhecimento dos direitos e deveres enquanto doente.

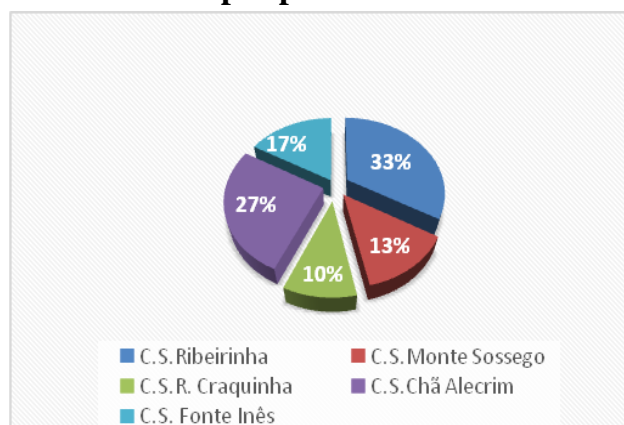
Relativamente à distância percorrida pelo doente da sua casa para os CS (gráfico 7), a maioria (90%) respondeu que fica próxima da sua casa e a minoria (10%) não referiram o mesmo.

Gráfico7: Distância da Residência Para os CS



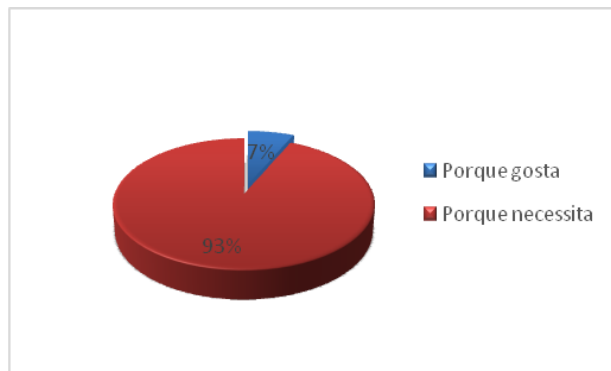
Quanto ao local de controlo da epilepsia dos inquiridos (gráfico 8), verificamos que os CS encontram-se distribuídos pelas várias zonas, sendo as dominantes, os CS da Ribeirinha (33%), CS de Chã de Alecrim (27%), CS Monte Sossego (13%), CS de Fonte Inês (17%) e a minoria no CS da Ribeira de Craquinha (10%).

Gráfico 8: Local de Controlo da Epilepsia



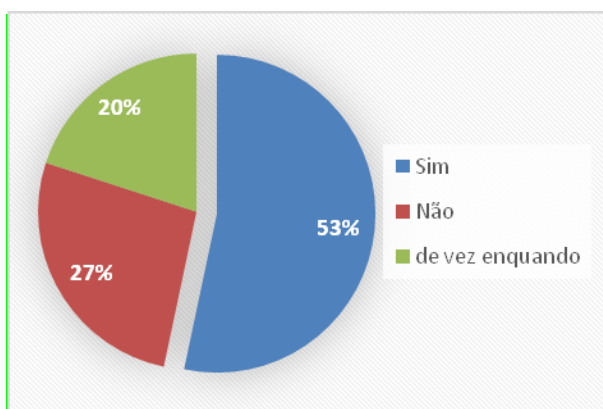
No que diz respeito ao motivo da ida às consultas (gráfico 9), a maioria (93%) respondeu que é por necessidade, sendo que a minoria (7 %) referiu que é por gosto.

Gráfico 9: Razões Para Irem as Consultas



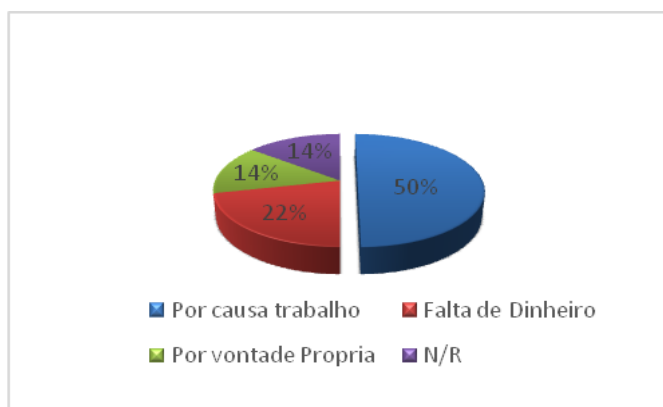
Quanto à ida a todas as consultas marcadas (gráfico 10), a maioria (53%) dos participantes responderam que vão, enquanto que 27% afirmou que não, sendo que os restantes 20% disseram que vão de vez em quando.

Gráfico 10: Frequência das Consultas Marcadas



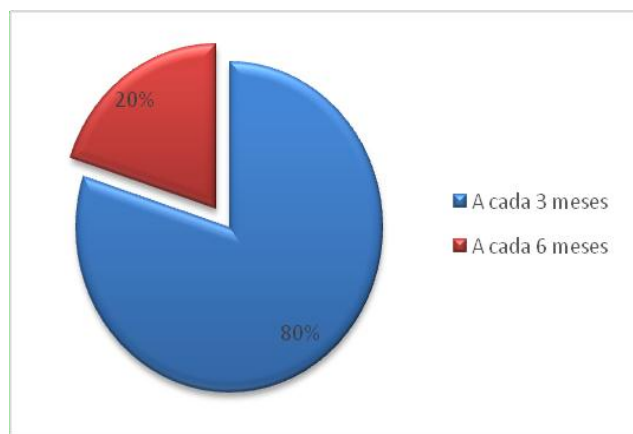
Relativamente às razões que justifiquem as faltas às consultas, a maioria (50%) respondeu que é por causa do trabalho, 22% por falta de dinheiro, 14% por vontade própria e 14% optou por não responder.

Grafico 10.1: Identificação das Razões para não Frequentarem Todas as Consultas



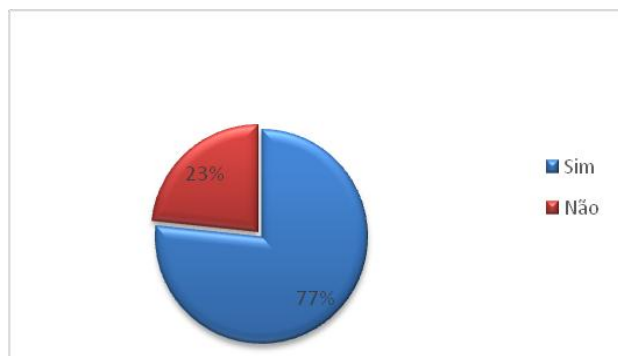
No que diz respeito à regularidade das consultas marcadas (gráfico 11), a maioria (80%) dos doentes epileticos respondeu que por norma são marcadas de (e que vão) de três em três meses, enquanto que os restantes 20% referiram ser de seis em seis meses.

Gráfico 11: Regularidade Que Vai às Consultas



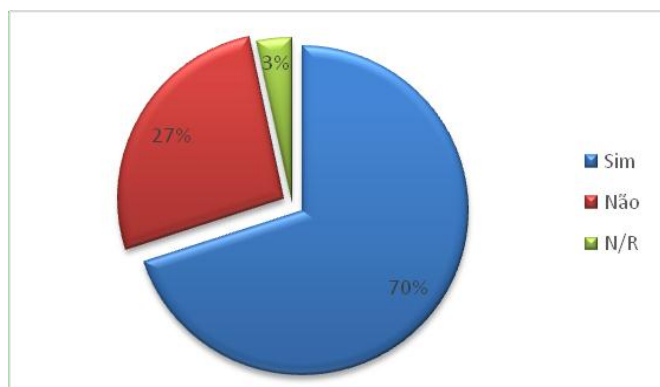
Quanto ao fato da doença influenciar no modo de vida dos inquiridos (Gráfico 12), 77% respondeu que sim e 13% que não.

Gráfico 12: Influência da Doença no Modo de Vida



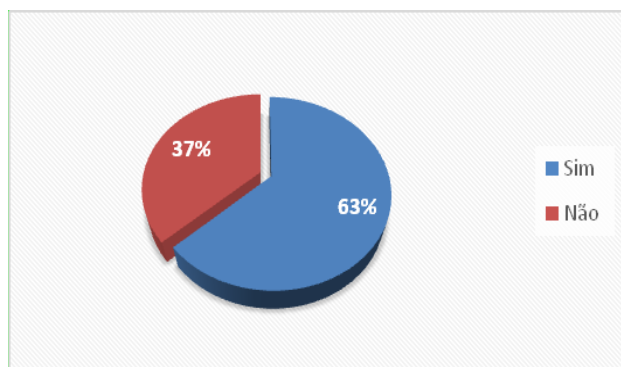
Em relação ao fato dos inquiridos terem percebido preconceito por parte da sociedade por causa da sua doença (Gráfico 13), 70% afirmou que sim, 27% que não e 3% não respondeu.

Gráfico 13: Preconceito Em Relação à Doença



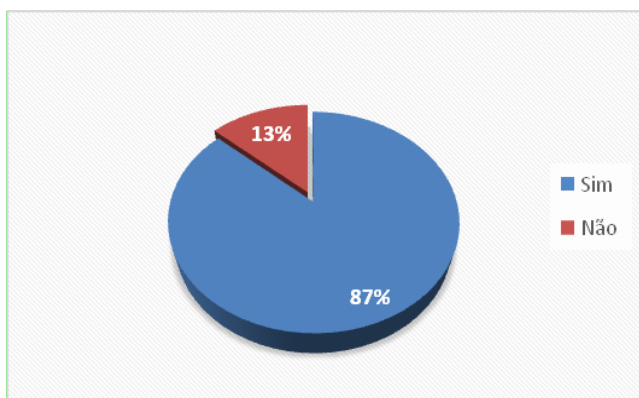
No que concerne ao fato dos inquiridos terem a noção de terem sido bem socorridos pelos familiares, amigos ou desconhecidos durante uma convulsão epiléptica fora do ambiente hospitalar (Gráfico 14), 63% respondeu que sim e 37% refiu não ter essa mesma noção.

Gráfico 14: Prestação de Socorro Fora do Ambiente Hospitalar



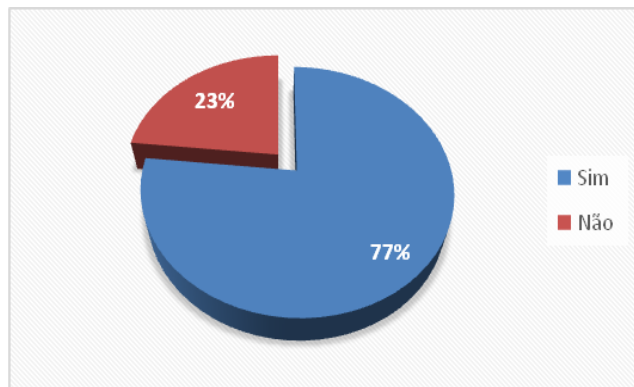
Relativamente à importância das orientações (gráfico 15), a maioria (87%) respondeu que são importantes, enquanto 37% tem opinião contrária.

Gráfico 15: A Importância das Orientações Dadas Pelas Instituições de Saúde



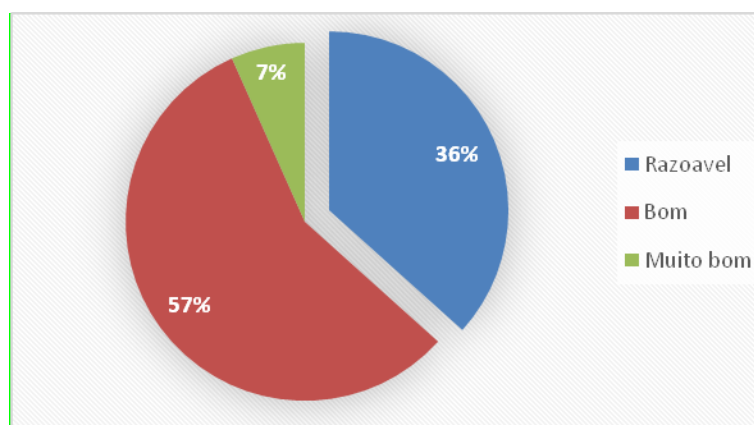
No que diz respeito à melhoria na saúde depois das consultas (gráfico 17), a maioria (77%) referiu que tem melhorias, sendo que 23% disse que não sente melhorias.

Gráfico 16: Melhoria da Saúde Após as Consultas/com Acompanhamento



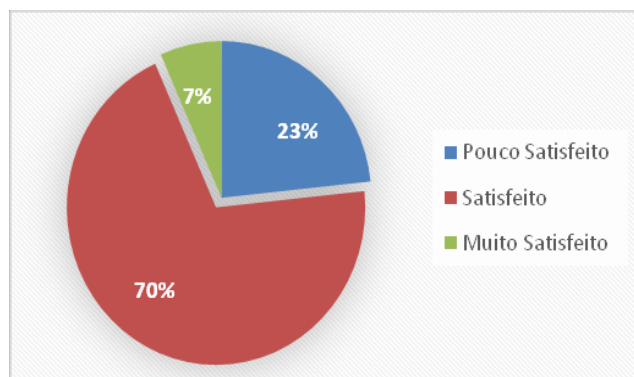
Quanto aos cuidados prestados pelos enfermeiros (Gráfico 18), a maioria (57%) dos inquiridos afirmou ser bom esses cuidados, 36% referiu ser razoável e a minoria (7%) disse ser muito bom.

Gráfico 17: Classificação dos Cuidados de Enfermagem



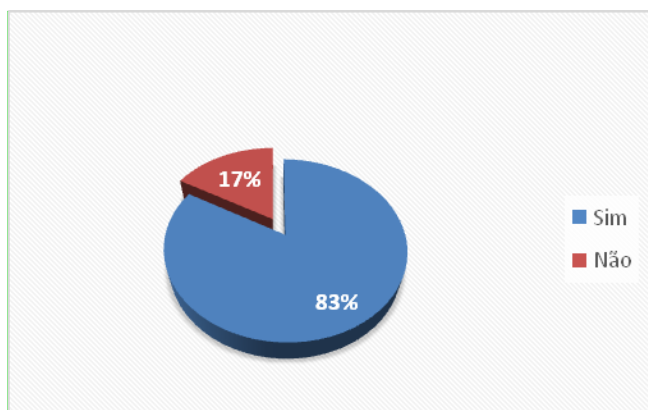
Quanto à satisfação dos cuidados de enfermagem, a maioria (70%) dos participantes afirmou estar satisfeita, 23% referiu que está pouco satisfeito e a minoria disse estar muito satisfeita.

Gráfico 18: Satisfação dos Cuidados de Enfermagem nos CS



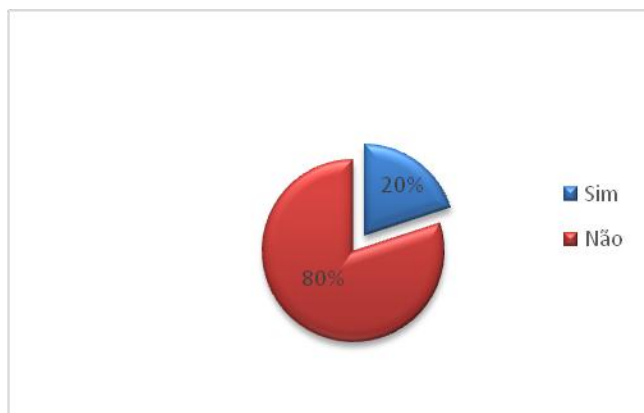
Relativamente à quantidade de CS serem suficientes na ilha de SV (gráfico 20), a maioria (83%) dos participantes respondeu que sim e 17% referiu que não.

Gráfico 19: Número de CS em SV



No que concerne ao número de profissionais de saúde (gráfico 21) para atender os doentes epiléticos, a maioria (80%) respondeu que não e 20% disse que são suficientes.

Gráfico 20: Número de Profissionais de Saúde nos CS.



2.6. Interpretação dos Resultados

Após terem sido apresentados e analisados os resultados é recomendado, fazer a interpretação dos mesmos, para que se possa atribuir um sentido à pesquisa realizada. Conforme Fortin (2003, p. 343):

“A apresentação dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação. O investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses, estabelece comparações entre resultados deste estudo e dos outros trabalhos de investigação ligados ao quadro de referência”.

Para realizar a análise dos dados obtidos, vai-se relacionar os resultados obtidos a partir do questionário que foi aplicado com as informações obtidos através da literatura sobre o tema.

A partir da preocupação sobre o acompanhamento do doente epilético nos CS e BUA do HBS de SV em que surgiu este trabalho com a seguinte pergunta de partida: Como é feito o acompanhamento dos epiléticos nos serviços de saúde (CS e BUA) em São Vicente? Sendo que o objetivo geral foi demonstrar a necessidade de abordagem sistémica no serviço de saúde público. Com a necessidade de dar resposta à pergunta de partida e ao objetivo geral elaborou-se os seguintes objetivos específicos:

No que concerne ao primeiro objetivo, Conhecer o contributo das intervenções de enfermagem prestadas aos doentes epiléticos para assegurar a continuidade dos cuidados no sistema de saúde como fora dele, autonomamente, foi alcançado na medida que se verificou que as intervenções de enfermagem são muito importantes para que possam assegurar uma continuidade do controlo dos doentes epiléticos nas instituições de saúde e também da forma autónoma na sua vida normal.

De acordo com as intervenções de enfermagem contidas na (NIC) com articulação do diagnóstico de enfermagem de (NANDA), essas intervenções são baseadas na promoção, educação e na reabilitação do doente e família, permitindo ao enfermeiro fazer o diagnóstico enfermagem usando as intervenções ajudando o doente epilético durante e após crise epilética como também melhorar a sua qualidade de vida na sociedade e família. O Ministério da Saúde de CV, através do Plano Estratégico de Saúde Mental (PESM) de CV (2009, p.78) traçou uma linha de ação em que o sistema de saúde deve:

“Preparar os profissionais de maternidade para o diagnóstico precoce e tratamento da epilepsia com anti-epilépticos e orientação das famílias, treinar os professores sobre a identificação precoce e o manejo decorrente, envolver as famílias no processo terapêutico para estarem capacitadas no manejo dos doentes”

Na apresentação dos resultados verificou-se uma certa controvérsia em relação às questões da mesma natureza sobre as intervenções de enfermagem, embora a maioria respondeu que os enfermeiros estão capacitados para cuidar dos doentes epiléticos e que encontram-se satisfeitos com os cuidados da enfermagem, ainda uma percentagem considerável não partilharam da mesma opinião.

No que tange ao segundo objetivo Revelar o contributo do tratamento na promoção da qualidade de vida dos doentes epiléticos, revelou-se que o tratamento é um dos principais contribuintes para a melhoria da qualidade de vida do doente epilético como frisa Alonso *et al* (2010,p.5), o tratamento tem um papel fundamental no julgamento sobre a qualidade de vida de pessoas com epilepsia.

No entanto todos os inquiridos não partilham da mesma percepção quando respondem quanto à importância das orientações feitas ao frequentarem as instituições de saúde, portanto há um desequilíbrio significativo nestas questões que são da mesma natureza.

No que concerne ao último Compreender a dinâmica dos cuidados de saúde prestados aos doentes epiléticos no sistema de saúde, foi compreendida a dinâmica dos cuidados que são prestados nos CS, que são através das consultas que são marcadas por norma de três em três meses.

O sistema de saúde ainda carece de muitas melhorias no que tange ao funcionamento e a articulação entre as instituições de saúde como forma de melhorar o atendimento, o acompanhamento, no fornecimento de mais informações de forma a ajudar o doente a

compreender a sua doença como também a importância do tratamento e seguimento por parte do sistema de saúde, como frisa PESM (2009, p.31) que através da:

“Análise permitiu a necessidade de haver uma intervenção e a política voltada para a redução das mortes por epilepsia em CV (...) além do tratamento oportuno e o diagnóstico precoce como mecanismos de controlo e de prevenção de maneira que a população tenha uma melhor qualidade de vida”.

Na verificação das hipóteses obteve-se as seguintes:

Na primeira hipótese, A dificuldade em identificar o número de casos de doentes epiléticos em SV e CV está relacionado com o fato dos doentes atendidos e/acompanhados no BUA e CS não serem contabilizados/registados no sistema nacional de saúde, verificou-se que SV e CV em geral não possuem dados concretos sobre o número de casos da epilepsia no país, sendo que únicos dados encontrados foram de um estudo realizado em CV entre os anos de 1995 á 2007, nos relatórios estatísticos de CV também não têm os dados específicos.

Na segunda hipótese, Dificuldade em identificar o número casos de doentes epiléticos em SV e CV pode estar relacionada com o fato da doença ser confundida como uma doença mental. A falta de articulação entre os serviços de saúde pode condicionar o registo e não controlo do número de casos reais existente, pode ser verificável pelo fato de em CV a epilepsia ser incluída no programa de saúde mental. Mas isso não constitui problema porque a OMS incluí-a no capítulo dos transtornos mentais e apresenta alguns argumentos:

“A epilepsia tem sido historicamente considerada como uma doença mental e ainda o é em algumas sociedades. Como aqueles que apresentam transtornos mentais, as pessoas com epilepsia sofrem estigma e, quando deixados sem tratamento sofrem graves disfunções. O tratamento da epilepsia está frequentemente sob a responsabilidades de profissionais de saúde mental, devido á grande prevalência e á relativa ausência de serviços neurológicos especializados, especialmente em países em desenvolvimento”. Neto e Marchetti (2005, 325)

No que tange à terceira hipótese, os registos do hospital permitem identificar casos em que os doentes são reincidentes, não foi possível a sua confirmação devido a falta de informações e registos, o que dificultou ainda mais a colheita de dados que ajudassem a apurar a hipótese em questão e também porque os doentes epiléticos não dão muita importância aos encontros agendados nos centros, em que muitas vezes não comparecem as consultas estipuladas.

A falta de informações sobre a doença pode confirmar a hipótese, Os doentes epiléticos não procurarem os serviços de saúde para fazerem controlo da sua doença porque não estão devidamente informados sobre a importância do acompanhamento médico no

processo de tratamento ou para a melhoria da qualidade da sua vida, porque a partir dos resultados obtidos revela-se que há uma falta de consciencialização por parte dos doentes na importância do acompanhamento nas instituições de saúde, Scott *et al*, *aput* (Neto e Machetti, 2005, p.325) enumeram alguns fatores que impedem o doente epilético de fazer o tratamento correto da epilepsia:

“Falta de conhecimento sobre as causas e o tratamento da epilepsia;
Crenças culturais e estigma, que podem contribuir para níveis insatisfatórios de procura e/ou adesão a serviços de saúde;
Distância e dificuldades de acesso a centros especializados e estruturação inadequada da oferta de serviços básicos e especializados;
Falta de priorização da epilepsia como problema de saúde pública, o que pode se agravar em países em desenvolvimento submetidos a programas de ajuste económico estrutural;
Disponibilidade e suprimento restritos das drogas antiepiléticos, em função dos altos custos.”

Na Hipótese, os doentes epiléticos não procuram os serviços de saúde para fazer o controlo da sua doença por causa da distância entre as respetivas residências e as instituições de saúde pública onde pode fazer o acompanhamento e o tratamento, não confirmada porque de acordo com os resultados a partir dos questionários os doentes controlam a sua doença nos CS, e a maioria dos doentes encontram-se próximos ao local onde se situa os CS.

Algumas pessoas com epilepsia moram nas zonas mais afastadas como em Ribeira de Julião, São Pedro, R^a de Vinha, Lameirão. Os CS em SV “CS de Chã de Alecrim, CS Fonte Inês, CS Monte Sossego, CS R^a de Craquinha e CS Ribeirinha” (inpharma, 2013, p. 3). Ainda existem postos sanitários nas comunidades mais afastadas em que a DS faz visitas periodicamente á essas localidades.

Em relação ao número de CS a maioria dos inquiridos responderam que são suficientes, e que os profissionais de saúde não são suficientes. Conforme Furtado (2008,p. 14), “Em termos de cuidados primários da saúde, a população cabo-verdiana encontra-se, globalmente, bem servida por uma vasta rede de infra-estruturas e serviços de saúde desde as Unidades Sanitárias de Base, passando pelos postos sanitários, CS e Hospitais”.

Portanto, isto indica ser muito bom para a parte das infraestruturas, significando que a falta possa estar na melhoria das intervenções nas instituições de saúde, recrutamento de mais profissionais de saúde, ou seja precisa-se de repensar ou de introduzir novas formas de educar para cuidar da saúde dos doentes epiléticos.

Alguns aspetos importantes encontrados nos resultados que vai de encontro com a literatura sobre a epilepsia: verificou-se que muitas limitações ou condicionantes na vida do doente epilético que afeta a sua qualidade de vida, sofrem de estigma social, falta de informação sobre a patologia, falta de mais aproximação com as instituições de saúde e dos profissionais de saúde. Consequentemente, varáveis como a auto-estima, independência, educação, dificuldades para dirigir, emprego, estigma, medo das crises, entre outros, situações presentes no dia-a-dia do paciente com epilepsia, influenciam a sua percepção de qualidade de vida, Elliott *et al*, *apud* Borges (2010, p. 30).

Na escolaridade apresentam um nível baixo, a partir dos resultados verificado, maiorias dos inquiridos possuem o ensino primário e uma minoria o ensino superior, os dados da literatura referem que os epiléticos têm o nível de escolaridade baixo, como frisa Genovez (2012, p. 1), particularidades socioculturais podem interagir com as variáveis relacionados a epilepsia e levar um baixo nível educacional.

A epilepsia tem várias causas, uma das causas que leva ao diagnóstico da epilepsia na infância, segundo OMS (2004, p. 33), em Cabo Verde grande parte da epilepsia é causada por fatores como deficiente pré-natal, traumatismos na cabeça, cisticircose e outras infeções.

Quanto à informação sobre a doença, na conversa informal com os portadores da epilepsia, apresentam índices de que não encontram-se informados sobre a sua doença, revelando só que têm uma doença crónica e que têm de tomar o medicamento todos os dias, o que não vai de encontro com os resultados obtidos através dos questionários (Apêndice II), em que a maioria responde que está informado sobre a sua doença.

Em relação ao BUA como foi de esperar a maioria respondeu que são atendidos de imediato embora haja uma preocupação com o resto que respondeu não, porque a epilepsia quando encontra na sua manifestação que é a convulsão, apresenta como um estado de emergência e o doente ao dar entrada no serviso de urgências é logo prestado a assistência.

2.7. Considerações Finais

A enfermagem tem vindo a sofrer transformações, acompanhando a evolução técnica científica ao longo dos tempos. O ato de cuidar está inserido na profissão de enfermagem e na base desse cuidar o enfermeiro aplica os seus conhecimentos que é a principal essência dessa profissão na promoção, recuperação e manutenção da saúde, fornecendo assistência humanizada aos doentes e seus familiares.

Neste contexto a elaboração de trabalhos científicos constitui uma ferramenta que serve para o alcance do conhecimento por parte do enfermeiro. O trabalho foi baseado nas Vivências do Doente Epilético, no BUA e nos Centros de Saúde, em São Vicente. Através de uma revisão da literatura, com o intuito de entender melhor a doença em si, como é vivenciado pelo seu portador e seus familiares nos CS e no BUA, e também com eles encaram os cuidados prestados pelos profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros.

O controlo da doença crónica é muito importante para a saúde do utente, uma vez que permite ao utente, uma qualidade de vida melhor, prevenindo complicações relacionadas a doença, vai adquirindo conhecimentos sobre a sua doença, a inserção na sociedade, como lidar melhor com o estigma.

Através do estudo verificou-se que a saúde do epilético evidencia, neste caso uma grande necessidade de atenção e de intervenção a nível do incentivo principalmente nas áreas de: consultas, educação e comunicação, intervenções que devem ser feitas na prevenção e desde o diagnóstico, com o intuito dos doentes abrangerem mais informações possíveis sobre a doença.

O epilético deve ser informado/orientado dos potenciais riscos sobre a doença crónica em causa, dos eventuais efeitos negativos, ou da terapêutica utilizada como possíveis efeitos secundários, na forma de prevenir as crises epiléticas.

Todos os profissionais da saúde que prestam cuidados aos doentes crónicos e aos seus familiares deviam ter em atenção os cuidados primários e preventivos. No que concerne aos cuidados de enfermagem através dos ensinamentos sobre a epilepsia como: o que é epilepsia, incentivando ao doente a aceitação da doença e o seu tratamento, como também prevenir as complicações, tomando medidas de profilaxia. Devem também intervir na toma do medicamento para a prevenção das crises convulsivas, como também os horários regulares,

sempre informando sobre a sua ação e efeitos secundários. O enfermeiro pode instruir o doente e a família sobre as precauções contra as crises, como protegê-lo das lesões, e que cuidados devem tomar durante as crises.

Relativamente ao atendimento de enfermagem englobando todos os seus aspetos, de uma forma geral, tantos os enfermeiros como outros profissionais de saúde, procuram sempre proporcionar um bem-estar e a segurança dos doentes, de acordo com a realidade já existente. Já no que tange aos cuidados prestados no BUA, o serviço carece de mais recursos materiais, como: camas com grades e quartos cómodos para que os utentes se recuperem com mais dignidade. Porque na maioria das vezes são nos corredores onde se realizam os procedimentos durante uma crise.

A política nacional de saúde de CV tem reunido esforços no que tange ao melhoramento do sistema de saúde, para a população inclusive os doentes crónicos embora ainda haja muito por fazer. Recentemente no HBS deu-se um passo importante neste sentido, a criação de uma rede telefónica sistematizada para a comunicação entre os setores, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados no HBS, porém esta rede deve ser estendido para todas as instituições de saúde pública, inclusive aos centros de saúde para que juntos possam prestar melhores cuidados em toda a população, nomeadamente nas comunidades mais periféricas

Na sequência deste trabalho deparou-se com algumas limitações, no que tange à falta de bibliografia diversificada sobre o tema, para a aquisição de informações credíveis, também ao aplicar o questionário, visto que os utentes vão as consultas é de três em três meses, embora tenha sido um grande desafio e muito gratificante.

Quanto aos resultados obtidos uma percentagem significativa respondeu que o atendimento nas instituições deve ser melhorada, tanto os cuidados de enfermagem apresentam uma certa discordância entre a capacidade, classificação e satisfação dos cuidados, questões da mesma natureza que foram feitas de forma diferente. A maioria dos participantes referiu que os profissionais de saúde são insuficientes para dar resposta ao sistema de saúde.

Nas questões relacionadas à ida á todas as consultas, uma parte significativa não aderem todas às consultas. O que significa que há lacunas no tratamento dos epiléticos que podem estar relacionadas com o estigma e falta de conhecimento própria doença.

Espera-se que esta investigação venha a ser uma contribuição para o conhecimento científico deste tema que ainda é pouco desenvolvido em CV, na melhoria da qualidade de vida dos doentes epiléticos.

2.8. Propostas

Para terminar são enumeradas as seguintes propostas consideradas relevantes:

- Transmitir informações de forma mais claras e com maior regularidade aos doentes e familiares para que possam ser alcançados resultados mais eficientes e eficazes.
- Apostar na Educação para a saúde do doente epilético realizando encontros para a formação de forma articulada e com maior regularidade/frequência.
- Estabelecer possíveis parcerias, com os CS no que tange ao encaminhamento dos doentes epiléticos, para dar continuidade do seu tratamento.
- Investigar mais sobre esta temática em Cabo Verde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso N.B, Guitti A.C.W., Fernandes H. M., Albuquerque M., Muszkat R.S.A., Funayma S.S., Guilhoto L.M.F.F., Yacubian E. M. T., 2010, Qualidade de vida: perspectivas futuras e ações práticas para a pessoa com epilepsia, J. epilepsy clin. neurophysiol, vol.16, porto alegre, www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492010000100007, consultado 2016-06-26, 22:40.
- Ascensão, H.S. S (2010), Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente, Rev científica (25- 36).
- Boff, L., (1999), O saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra, Petrópolis, Vozes.
- Borges K.K., Borges M.A., Santos F.H., Santos A.B., Souza E.A.P., (2010) Fatores que influenciam a qualidade de vida de pessoas com epilepsia, Revista Brasileira de terapias cognitivas, vol. 5, N 2.
- Bulechek G.M., Butcher H.K., Dochterman J.M., NIC Classificação internacional das intervenções de enfermagem (2010), 5ª edição Elsevier Ghebairights.
- Clayton, B, Stock, Y. (2002), Fundamentos de farmacologia, Lusociência decima segunda edição.
- Collière, M. F. (1999), Promover a Vida, Lisboa, Lidel.
- Corboni N.M.S, Brêtas A.C.P., Matheus M.C.C., (2009), Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? 62, <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/347.pdf>, consultado 2014-11-05, 17:50.
- Costa Á. R., Corrêa P.C., Partata A.K. (2012), Epilepsia e os fármacos mais utilizados no tratamento, Araguaína, nº 3, <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/53/4.pdf>, consulta 2015-11-10, 11:50.
- Escoval A., Coelho A., Diniz J.A., Rodrigues M., Moreira F., Espiga P., Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão de saúde, Revista Portuguesa de Saúde Pública, volume 9, 105-116.

- Fernandes P., de Sousa E., (2001), Procedimento educativo na epilepsia infantil, universidades estadual de campinas.
- Fortin M. F. (1999), O Processo de Investigação à Realidade, Loures. Lusociência.
- Fortin, M. (2009) Fundamentos e etapas - processo de investigação. 5ª edição, Portugal, edições Lusociência.
- Galera S.A.F, Luís M.A.V, 2002, Principais conceitos da abordagem sistémica em Enfermagem ao indivíduo e sua família, Rev ESC Enferm n 36, 141-7. Xx www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41284/44844, 2015-11-13, 10:45.
- Gherpelli, José Luiz Dias Manreza, Maria Luíza Giraldes (1995). Tratamento da epilepsia. Pediatria Moderna, 5ª edição.
- Gomes, Germana M. N. (2010), História de Enfermagem em Cabo Verde 1950-2009, Mindelo Cabo Verde, Editora Gráfica do Mindelo Lda.
- Hanso Shirley, (2005), Enfermagem de cuidados de saúde a família teoria prática e investigação, 2ª edição, Portugal, editora Lusociência.
- Hill M. M, & Hill A. (2009), Investigação por questionário (2.º ed.), Lisboa, Edições Sílabo.
- Hoem an P. Shirley, (2001), Enfermagem de reabilitação, Prevenção, Intervenção e resultados esperados, 4ª Edição, Portugal, editora Lusodidata.
- Inpharma, Estruturas de saúde, 2013, www.inpharma.cv/index.php?mod=module&pag=47&mod-10, consultado, 2016-06-10, 19:45.
- Instituto Nacional de Estadística de Cabo Verde 2015, Anuário Estadístico www.ine.cv/anuarios/Anuario_CV_2015.pdf#page66, consultado 2016-04-14,12:35.
- Louis S.T., (1982), Fundamentos de farmacologia, 15ª edição, mosby.
- Luckmann, Sorensen, (1998), Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicopatológica, Quarta edição, lusodidata.

- Medeiros A.D., (2010), Enfermagem em Prática Clínica Médica. <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfjRQAF/apostila-enfermagem-clinica-prof-aretusa-delfino>, 2015-11-10, 10:20.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde (Política Nacional de Saúde), 2007, Reformar para melhorar a saúde.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, (2010), Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, (2012), Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, (2013), Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.
- Ministério da saúde de Cabo Verde, (plano estratégico para saúde mental, 2009, Tornar a saúde mental uma prioridade nacional, www.minsaude.gov.cv/ , consultado 2016-05-24, 17:56.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, (Plano nacional de saúde), 2011-2016, qualidade dos cuidados e serviços.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, Plano de Desenvolvimento Sanitário (2008), Reformar para uma melhor saúde.
- Ministério da Saúde, (2012) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Praia (PNDS).
- Monahan F. D., Sands J.K., Neighbors M., Marek J. F., Green C.J., 2010, Enfermagem medica cirúrgica, perspectivas de Saúde e da doença, 8ª edição, Lusodidata.
- Moreira, S. R. (2004), Epilepsia: Concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico e tratamento, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272004000200009&script=sci_arttext consultado 2014-03-21, 16:42.
- Neto J.G., Marchetti R.L., (2005), Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados a epilepsia, rev. Bras. Psiquiatr. vol. 27 São Paulo. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400013>, consultado 2016-06-28, 09:00.

- Organização Mundial da Saúde, Governação do Sistema de saúde, relatório (2008), relatório, Claudio Furtado, www.who.int/profiles_information/images/5/56/cap-vert-gouvernance.pdf, consultado 2016-04-13, 12:50.
- Phaneuf Margot (2001), Planificação de cuidados: um Sistema Integrado e Personalizado, Coimbra – Portugal, Quarteto Editora, Al Clouste Gulbenkian.
- Polit, Beck e Hungler, (1995) Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3ª edição (Porto Alegre) editora Artes Médicas.
- Prodanov Cleber, Cristiano Freitas, Ernani Cesar (2013) Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Académico, 2ª edição (Brasil, Rio Grande do Sul) editora Feeval.
- Quivy, R., CAMPENHOUDT L., (2005), Manual de Investigação em ciências sociais. 4 Edição, Gradiva, (155- 207).
- Rodrigues, William Costa (2007). Metodologia Científica, FAETEC/IST, Paracambi, (3-28).
- Silva, Luísa (2001), Acção social na área da família, Lisboa, editora Universidade Alberta.
- Silva, M.J.P. da Graziano, K.U., (1996), A abordagem psicossocial na assistência ao adulto hospitalizado, nº2, 295. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a09>, consultado 2015-11-09, 18:40.
- Souza S.V.P., (2010), A experiência da epilepsia em escritos autobiográficos do final do século XIX ao início do século XX, departamento de história, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X1980000400015&script=sci_arttext consultado 2014-03-21, 16:25,
- World Health organization (2009), Epilepsy, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/>, consultado 2015-11-09, 11:00.
- World Health Organization, (2004), Epilepsy in the WHO African region: Bridging the Gap, <http://www.who.int/mentalhealth/management/epilepsyinafrican-region.Pdf>, consultado 2015-11-11, 10:50.

- World Health Organization, 2015, Media center epilepsia, ficha informativa, <http://www.who.int/mediacentre/facts/factsheets/fs999/en>, consultado 2015-10-27, 13:00, tradução própria.

APÊNDICE

Apêndice I- Autorização do HBS

A Comissão de Ética para a Saúde.

Direcção do Hospital Dr. Baptista de Sousa

Mindelo, julho de 2014

15/07/14

Eu, Iotelma Ramos Fernandes nº2056, estudante do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, filha de Leopoldino Rocha Fernandes e Albertina Ramos Pinheiro, nascida 05/02/88 natural de São João Batista Porto Novo, residente em Espia portadora do B.I. Nº 291418, passado pelo concelho de São Vicente, vem mui respeitosamente solicitar á Vossa Excelência se digne autorizar o desenvolvimento da pesquisa cujo tema é **Cuidados de enfermagem dirigido a pessoa epiléptica**, sob a orientação da Enfermeira Nélida Costa, na medida em que pretendo aplicar questionário aos enfermeiros do Banco de Urgências, e utentes epilépticos que frequentam o serviço, com intuito de recolher informações pertinentes para a investigação.

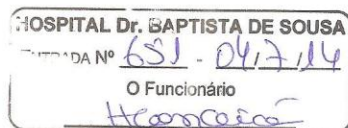
A requerente

I. Ramos

Mindelo de julho de 2014

A Superintendência para avaliar a efectividade da pesquisa solicitada.

15/07/14



Autorizada pela
Comissão de Ética.

P/ 14/07/14.

Apêndice II- Questionário

☒ Sim

☐ Não

12. Qual a frequência das crises nos últimos 30 dias?

☐ Nenhuma vez

☒ Uma á duas vezes

☐ Três á quatro vezes

☐ Mais de quatro vezes

13. Durante uma convulsão epiléptica fora do ambiente hospitalar, sentes bem socorrido pelos familiares, amigos ou desconhecidos.

☒ Sim

☐ Não

14. No que diz respeito ao Banco de Urgência do Hospital Baptista de Sousa, durante ou após uma convulsão epiléptica, ao dares entrada no Hospital és logo atendido?

☒ Sim

☐ Não

15. No que diz respeito ao atendimento, sentes que estás a ser tratado com dignidade?

☐ Sim

☒ Não

16. Em relação ao ambiente, este se encontra devidamente equipado para recebe-lo?

☐ Sim

☒ Não

17. Em relação a equipa de enfermagem, estes se encontram devidamente capacitados para cuidar de uma pessoa com epilepsia?

☒ Sim

☐ Não

☐ Necessita de melhorias

18. Como classificas os cuidados prestados pelos enfermeiros?

☐ Mau

☒ Razoável

☐ Bom

19. Após a convulsão epiléptica, és orientado sobre os cuidados a ter com a medicação

☒ Sim

☐ Não

☐ As vezes

20. Na sua opinião, qual é a principal necessidade de melhoria no Banco de Urgência do Hospital Baptista de Sousa?

☐ Atendimento

☒ Privacidade

☐ Recursos materiais

☐ Equipa de enfermagem

21. Conheces os teus direitos e deveres como utente?

☒ Sim

☐ Não

Apêndice III- Autorização da Delegacia de Saúde



UNIVERSIDADE DO MINDELO

Sapientia Ars Vivendi

11 ANOS PROMOVENDO A QUALIDADE



Recebi 17/03/14
T.C. 18/03/14
• Levar ao conhecimento
da Sra. Superintendente
de Enfermagem
• Autorizada.

Exma. Senhora Delegada de Saúde
São Vicente
Dra. Ariana Mota

Mindelo, 28 de Março de 2014

Assunto: Recolha de Dados para realização da Monografia do Final de Curso

A Coordenação do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, vem por este meio informar que no âmbito do Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, integrado no 2º Semestre do 4º Ano do curso os discentes finalistas estão desenvolvendo os trabalhos de conclusão de curso (monografias).

Nesse sentido a Coordenação do Curso vem por este meio mui respeitosamente requerer a Vossa Exma. a autorização para realizarem a colheita de dados necessários a realização da investigação referente a monografia.

Em anexo o plano de distribuição dos referidos discentes nos campos clínicos bem como a lista dos diferentes temas de monografias e o respectivo orientador.

Em caso de alguma dúvida adicional não hesite em contactar-me,

Grata pela atenção disponibilizada em prol da educação e formação da nova geração de enfermeiros de Cabo Verde.

A Coordenadora do curso Licenciatura Em enfermagem

Enf.ª Acelia Mireya Caceres

Universidade do Mindelo

Departamento Escola de Saúde



Tel.: 2316810 / 2318515 - E-mail: mireya.caceres@uni-mindelo.edu.cv

Rua Patrice Lumumba, CP 648 - Mindelo - São Vicente - CABO VERDE

<http://www.uni-mindelo.edu.cv> - e-mail geral@uni-mindelo.edu.cv - Telefone: +238.2326810 - Fax: +238.2325132

NIF: 562770755

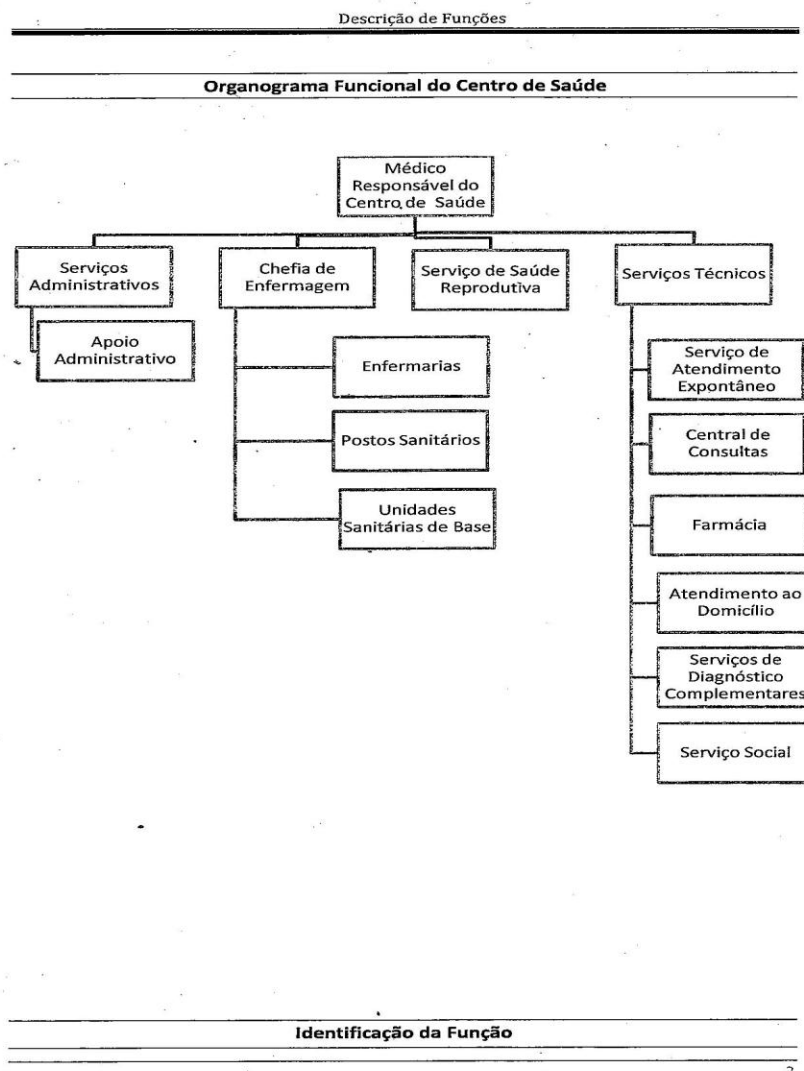
mod 00X.13

ANEXOS


Anexo I- Ficha de Atendimento no BUA

M .S.		Registo Nº _____	
HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA		Data: _____	
SERVIÇO DE URGÊNCIA - ADULTO		Hora: _____	
		O(a) Funcionário(a): _____	
IDENTIFICAÇÃO	ID _____	ANOS: _____	SEXO: _____
	NOME: _____	ESTADO: _____	
	PROFISSÃO: _____	RESIDÊNCIA: _____	
	NATURAL: _____	FREGUESIA: _____	CONCELHO: _____
	PAI: _____	MÃE: _____	CONTACTO: _____
	MOTIVO URGÊNCIA: _____	DOC ADMISSÃO: _____	
	EVACUADO DE: _____	Nº BENEFICIÁRIO: _____	TAXA INSCRIÇÃO: _____
	<p>O(A) Enfermeiro(a), _____</p>		<p>T.ª _____</p> <p>TA _____</p> <p>Pulso _____</p> <p>FR _____ /m</p> <p>SPO2 _____ %</p>
ATENDIMENTO MÉDICO	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: _____		
	CHAMADA ESPECIALISTA: Hora: _____ H _____		
Cirurgia: <input type="checkbox"/> ORT-TRT: <input type="checkbox"/> Ginecologia: <input type="checkbox"/> Medicina Interna: <input type="checkbox"/> Cardiologia: <input type="checkbox"/> Urologia: <input type="checkbox"/> Saúde Mental: <input type="checkbox"/>			
Outros: <input type="checkbox"/> _____			
DIAGNÓSTICO DE SAÍDA: _____			
DESTINO: Domicílio: <input type="checkbox"/> Consulta Externa: <input type="checkbox"/> Óbito: <input type="checkbox"/> Internamento: <input type="checkbox"/> _____			
<p>_____/_____/_____</p> <p>H _____</p> <p>O(A) Médico(a), _____</p>			

Anexo II- Organograma Funcional do CS



Anexo III- Cartão de Tratamento Prolongado



MINISTÉRIO DA SAÚDE
— DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE —
Cartão de Tratamento Prolongado

N.º 	HTA
Nome: _____	DCC
Alcunha: _____	<u>EPI</u>
Nome do pai, mãe, ou cônjuge: _____	DM
Morada: _____	ASM
Freguesia: _____	BK
Concelho: _____	MH
Profissão: _____	DIA
Habilitação: _____	
Sexo: _____ Ano de nascimento: _____	
Delegacia de Saúde de: _____	
Data: _____ Assinatura do Médico _____	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>IMPORTANTE:</p> <p><i>Você não pode interromper o seu tratamento: este cartão permite-lhe continuá-lo em qualquer lugar do País.</i></p> <p><i>Leve sempre o cartão consigo e apresente-o na consulta.</i></p> <p><i>Exija que cada vez seja marcada a data, o tratamento e a assinatura de quem o atendeu.</i></p> <p><i>Se perder o cartão, volte a pedir outro na Delegacia de Saúde.</i></p> </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p>Tipografia S. V.-1/06(2205)</p> </div>	

OUTRAS

Anexo IV- As Necessidades Humanas Fundamentais

Na perspectiva de Henderson, *apud* Tomey (2007, p. 15-16), as 14 necessidades humanas fundamentais são:

- Respirar normalmente;
- Comer e beber adequadamente;
- Eliminar os resíduos corporais;
- Mover-se e manter posturas correctas;
- Dormir e descansar;
- Vestir-se e despir-se, seleccionando vestuário adequado;
- Manter a temperatura corporal, adaptando o vestuário e modificando o ambiente;
- Manter a higiene e a proteção da pele;
- Evitar perigos ambientais e impedir que prejudiquem os outros;
- Comunicar com os outros, expressando emoções, necessidades, receios e opiniões;
- Viver segundo crenças e valores;
- Trabalhar de forma a obter realização e satisfação;
- Praticar desporto ou participar em diferentes actividades recreativas;
- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que conduz ao desenvolvimento e à saúde utilizando os meios disponíveis.

Questionário

O presente questionário tem como finalidade a colheita de dados para a elaboração de um trabalho de investigação científica para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo. Neste sentido, o preenchimento deste questionário é anónimo e será usado, unicamente, nesta pesquisa.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Género

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

2. Faixa etária

- ☐ 18 a 30 anos
- ☐ 31 a 40 anos
- ☐ 41 a 50 anos
- ☐ Maior de 50 anos

3. Estado Civil

- ☐ Solteiro (a)
- ☐ Casado (a)

- ☐ Divorciado (a)

4. Escolaridade

- ☐ Ensino Primário
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino Superior

5. Situação ocupacional

- ☐ Empregado(a)
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Aposentado(a)

PARTE II- CONTEXTO EM QUE DESCOBRIU A DOENÇA

1. Quando é que foi diagnosticado que era epilético pela primeira vez?

- ☐ A nascença
- ☐ Na infância
- ☐ Na adolescência
- ☐ Em Adulto
- ☐ Na terceira idade

2. Qual a frequência das crises?

- ☐ Uma vez por mês?
- ☐ Duas vezes por mês
- ☐ Três a quatro vezes por mês

- ☐ Mais de quatro vezes por mês
- ☐ Já não são muito frequentes

3. Está informado(a) sobre a sua doença?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Vagamente

Se sim por quem?

- ☐ Enfermeiro
- ☐ Médico
- ☐ Familiares/Vizinhos/Amigos

PARTE III - A) COMO É TRATADO NO BANCO DE URGENCIAS?

1. No que diz respeito ao Banco de Urgência do Hospital Baptista de Sousa, durante ou após uma convulsão epiléptica, ao dar entrada no Hospital, sabe se foi atendido de imediato?

☐ Sim

☐ Não

2. Sente que está a ser tratado com dignidade?

☐ Sim

☐ Não

3. Após a convulsão epiléptica, costuma ser orientado sobre os cuidados a ter com a medicação

☐ Sim

☐ Não

4. Na sua opinião, qual é a principal necessidade de melhoria no BUA?

☐ Atendimento

☐ Privacidade

☐ Recursos materiais

☐ Equipa de enfermagem

5. Em relação ao ambiente, este se encontra devidamente equipado para o receber?

☐ Sim

☐ Não

6. Em relação à equipa de enfermagem, estes se encontram devidamente capacitados para cuidar de uma pessoa com epilepsia?

☐ Sim

☐ Não

☐ Necessita de melhorias

B) CENTROS DE SAÚDE

7. A distância da sua casa para o Centro da Saúde é longa?

☐ Sim

☐ Não

8. Local de controlo da epilepsia

☐ Centro de Saúde Ribeirinha

☐ Centro de Saúde Monte Sossego

☐ Centro de Saúde R^a de Craquinha

☐ Centro de Saúde Chã de Alecrim

☐ Centro de Saúde Fonte Inês

9. Porque vai às consultas?

☐ Porque gosto

☐ Porque necessito

10. Vai a todas as consultas marcadas?

☐ Sim

☐ Não

☐ De vez em quando

Se não Porque?

☐ Por causa do Trabalho

☐ Falta de dinheiro

☐ Por vontade própria

11. Com que regularidade vai as consultas?

☐ A cada 3 meses

☐ Todos os semestres (6 mês)

12. As consultas são gratuitas?

☐ Sim ☐ Não

13. Leva uma vida normal independentemente da sua doença?

☐ Sim

☐ Não

14. Já sentiu preconceito por parte da sociedade por causa da sua doença?

☐ Sim

☐ Não

15. Durante uma convulsão epiléptica fora do ambiente hospitalar, tem a noção se foi bem socorrido pelos familiares, amigos ou desconhecidos.

☐ Sim

☐ Não

16. São importantes as orientações que lhe são dadas nas instituições de saúde?

☐ Sim ☐ Não

17. Nota/verifica (que a sua qualidade de vida) melhorias sempre que faz consultas de controlo?

☐ Sim

☐ Não

18. Como classifica os cuidados prestados pelos enfermeiros?

☐ Mau

☐ Razoável

☐ Bom

☐ Muito Bom

19. Está satisfeito com os cuidados de enfermagem que recebeu nos Centos de Saúde?

☐ Nada satisfeito

☐ Pouco satisfeito

☐ Satisfeito

☐ Muito satisfeito

20. Acha que em são Vicente os números de Centros da Saúde são suficientes para dar cobertura aos doentes crónicos?

☐ Sim

☐ Não

21. Em termos de profissionais de saúde, acha que são em número suficiente?

☐ Sim

☐ Não